

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para
trastornos por estrés traumático, depresivos y de ansiedad a largo
plazo en víctimas de atentados terroristas**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Clara Gesteira Santos

Directores

**María Paz García Vera
Jesús Sanz Fernández**

Madrid, 2016



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Eficacia de un Programa de Tratamiento
Cognitivo-Conductual para Trastornos por Estrés
Postraumático, Depresivos y de Ansiedad a Largo
Plazo en Víctimas de Atentados Terroristas**

Memoria para obtener el grado de Doctor

Autora:

Clara Gesteira Santos

Directores:

Dra. María Paz García Vera

Dr. Jesús Sanz Fernández

Agradecimientos

Este trabajo de investigación ha sido en parte posible gracias a la financiación del Ministerio de Ciencia e Innovación, a través de la ayuda al proyecto de investigación con referencia PSI2011-26450, y al convenio de colaboración entre la UCM y la AVT (contratos de investigación de referencias 270-2012, 283-2013, 53-2014, 100-2014, 192-2014 y 40-2015), a través de la financiación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, enmarcado en su proyecto “Servicio de atención a las víctimas del terrorismo y sus familiares” (2012-2013-2014-2015). Agradezco, también, a la Universidad Complutense de Madrid la beca predoctoral FPI que me fue concedida y gracias a la cual he podido realizar este trabajo.

Muchas gracias a mis directores de tesis, María Paz García Vera y Jesús Sanz Fernández, desde luego, por su trabajo incansable en el proyecto y en esta tesis, pero sobre todo, por ser un modelo de entrega y pasión por la profesión y por haber depositado en mí, desde hace ya muchos años, una confianza que todavía no sé si he sabido merecer.

Gracias a todos los trabajadores de la Asociación de Víctimas del Terrorismo (AVT) y, en especial, a su presidenta, María de los Ángeles Pedraza, así como a la Junta Directiva de la AVT, por haber convertido este proyecto en su apuesta personal y sobre todo, por haber sido la llave que nos ha abierto todas las puertas. También agradecer a la Asociación Plataforma de Apoyo a las Víctimas del Terrorismo (APAVT) y muy especialmente a Miguel Folguera, su presidente, el apoyo prestado.

A la Clínica Universitaria de Psicología y a todo su personal, mi agradecimiento y cariño. Quiero dar las gracias, especialmente, a María Teresa Solera, por haber hecho lo posible y casi siempre, lo imposible, para que todo funcione. Muchas gracias a Ignacio Fernández por ser, más que mi maestro y mi jefe, mi amigo. A Francisco

Estupiñá, por ser el mejor de los tutores. A Ana García, porque la imagen de la clínica para mí, siempre irá unida también a ella. Y por supuesto, a todos mis antiguos compañeros de residencia, a Raquel Romero, Noelia Morán, Beatriz Cobos, María González, Pablo Alonso, Paloma Díez, Laura Roldán, Marta Labrador, María Fortún, Iván Aranda, Laura Gómez, Natalia Moreno, Alejandro Zapardiel, Carmen Blanco, Sara Escudero, Guadalupe Manzano, Francisco Ballesteros, Enrique Chacón, Roberto Gómez, Amanda Gómez, Cristina Méndez y Ana Rodríguez, porque con ellos compartí unos años estupendos y de ellos aprendí casi todo lo que sé. Quisiera mencionar específicamente aquí a María González, Noelia Morán, Natalia Moreno y Alejandro Zapardiel, las personas con las que empecé esta aventura del doctorado y de los que me acuerdo mucho, ahora que todo esto se acaba.

Porque soy plenamente consciente del esfuerzo y sacrificio de todos ellos, quiero darles las gracias a mis compañeros de equipo. A Natalia Moreno, Alejandro Zapardiel, Sara Escudero, Rocío Fausor, Judit García, Sara Prieto, David Lozano, Carmen de Miguel, Inés Rodríguez, Almudena Mínguez, Andrea Barranco, Roberto Navarro, Belén Reguera, Belén Salazar, Pedro Altungy, Vicky Matos, Arantxa Soriano, Sara Liébana, Pilar Casanueva, Amaya Rodríguez, Isabel Martín, Ana Córdoba, José Rivero, Mar Morais, Laura Rubert, Sonia Noemí Rodríguez, Nuria Salgado, Irene Colastra, Uxue Aldaz y tantos otros. Gracias especialmente a Sara Gutiérrez, por ser mi compañera de batalla desde que todo esto empezó, a Beatriz Cobos, por ser mi compañera de viaje (literalmente) y mi apoyo más incondicional y a Noelia Morán, por ser mi compañera siempre. Esta tesis es de todos.

Gracias también a Raquel, Almudena, Verónica, Laura, Álex, Dani, David, Covadonga, Elena, Miriam y Lorena, que compartieron conmigo toda la ilusión y la

alegría de los primeros pasos en esta profesión nuestra y que por eso son, y serán siempre, mis psicólogos favoritos.

Gracias a mis amigos. A Carlos, Marta, Víctor, Beíta, Luis, Esther, Elena, Dani, Ana, Aitor, Bea, Miguel y Virginia. Porque cuando digo “mis amigos”, así, sin más, es a vosotros a quienes me refiero. Y eso ya es mucho decir.

Aunque no sé si voy a saber hacerlo, quiero darle las gracias a Nacho, que es una pieza clave en mi vida. Muchas gracias por ayudarme a ahuyentar mis miedos, por confiar en mí más que yo misma pero, más que nada, por reírte conmigo de casi todo y por mantenerme siempre ilusionada por la vida. Yo también te quiero a ti.

Gracias a toda mi familia. A mis abuelos, Serafín y Manola, que estarían muy orgullosos de mí y a Luis y Asunción, que ya lo están. A mi hermano, Andrés, por su amor incondicional y por hacerme reír, incluso, y sobre todo, cuando yo no quiero. A mi padre, Alejandro, que siempre está disponible para darme el mejor abrazo del mundo, que es mi orgullo y la persona que a mí me gustaría llegar a ser. Y por supuesto, a mi madre, María del Carmen, porque gracias a ella soy exactamente lo que soy. Muchas gracias, mamá, por todos tus sacrificios y por haber hecho de nuestra felicidad la tuya propia. Esta tesis es para ti.

Por último, no quiero dejar de dar las gracias a todas esas personas que se llaman a sí mismas víctimas del terrorismo pero que para mí son más bien un modelo de supervivencia. Por su paciencia y su generosidad, permitiendo que hurgásemos en la herida y que les hiciéramos revivir un pasado que ninguno de nosotros quisiera tener que recordar, ellos tienen más que mi agradecimiento, mi respeto y mi admiración.

A mi madre

Índice de Contenido

Agradecimientos	3
Índice de Contenido	9
Índice de Tablas.....	13
Índice de figuras	19
Resumen	25
Abstract	27
PARTE TEÓRICA	31
Capítulo 1: El problema del terrorismo	33
1.1 Siglo XXI: tiempo de terrorismo y tiempo de víctimas	35
1.2 Consecuencias psicopatológicas del terrorismo	50
1.3 Radiografía de un trauma: Cambios de perspectiva y orientaciones al tratamiento	70
Capítulo 2: El tratamiento del terror	89
2.1 El tratamiento del trauma en adultos: un enfoque dimensional	91
2.1.1 Intervenciones inmediatas para el trauma.....	98
2.1.2 Tratamiento del TEPT en adultos.....	102
2.1.3 Tratamiento del TEPT crónico y el TEPT complejo.....	121
2.1.4 Otras consideraciones para la práctica.....	129
2.2 El tratamiento del terror: el trauma en víctimas del terrorismo	137
2.2.1 Caracterización de los estudios de eficacia de los tratamientos en víctimas del terrorismo 138	
2.2.2 Resultados de los estudios de eficacia de los tratamientos en víctimas del terrorismo	165
Capítulo 3: Resumen de la parte teórica.....	187

PARTE EMPÍRICA	197
Capítulo 4: Objetivos e hipótesis	199
4.1 Objetivos	201
4.2 Hipótesis.....	208
Capítulo 5: Método.....	213
5.1 Participantes	215
5.2 Variables e instrumentos	238
5.3 Procedimiento	240
5.4 Análisis estadísticos	249
Capítulo 6: Resultados	259
6.1 Eficacia del tratamiento a corto plazo	261
6.1.1 Análisis de eficacia con la muestra de postratamientos completos.....	261
6.1.1.1 Análisis de la eficacia en función de la presencia de TEPT, trastornos de ansiedad o depresión diagnosticables	262
6.1.1.2 Análisis de la eficacia en función de la reducción en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad.	268
6.1.1.3 Análisis de la eficacia en función de la significación clínica	273
6.1.2 Análisis de eficacia con la muestra de postratamientos con intención de tratar.....	282
6.1.2.1 Análisis de la eficacia en función de la presencia de TEPT, trastornos de ansiedad o depresión diagnosticables	283
6.1.2.2 Análisis de la eficacia en función de la reducción en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad.	287
6.1.2.3 Análisis de la eficacia en función de la significación clínica	292
6.2 Eficacia del tratamiento a largo plazo	301
6.2.1 Análisis de la eficacia en función de la presencia de TEPT, trastornos de ansiedad o depresión diagnosticables	302

6.2.2	Análisis de la eficacia en función de la reducción en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad.	308
6.2.3	Análisis de la eficacia en función de la significación clínica	311
6.3	<i>Eficacia del tratamiento con todos los postratamientos y seguimientos completos</i>	316
6.3.1	Análisis de la eficacia en función de la presencia de TEPT, trastornos de ansiedad o depresión diagnosticables	317
6.3.2	Análisis de la eficacia en función de la reducción en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad.	322
6.3.3	Análisis de la eficacia en función de la significación clínica	325
6.4	<i>Eficacia del tratamiento combinado con otros tratamientos psicológicos y/o psicofarmacológicos</i>	330
6.4.1	Análisis de la medicación combinada en función de la presencia de TEPT, trastornos de ansiedad o depresión diagnosticables	331
6.4.2	Análisis de la medicación combinada en función de la reducción en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad.	337
6.4.3	Análisis de la de la medicación combinada en función de la significación clínica	342
	<i>Capítulo 7: Resumen de la parte empírica</i>	349
	<i>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</i>	365
	<i>Capítulo 8: Discusión</i>	367
	<i>Capítulo 9: Conclusiones</i>	399
	<i>Referencias</i>	407
	<i>Anexos</i>	475
	<i>Anexo 1: Checklist del terapeuta (sesión 1)</i>	477
	<i>Anexo 2: Registro de escucha de grabación (sesión 1)</i>	479
	<i>Anexo 3: Extracto de material de psicoeducación “Cómo superar las reacciones que se producen tras un atentado terrorista” (sesión 1)</i>	481

Anexo 4: Extracto de material psicoeducación “Cara a cara con la emoción” (sesiones 5 y 6) 488

Anexo 5: Registro de exposición emocional..... 493

Índice de Tablas

TABLA 1. ATAQUES Y VÍCTIMAS DEL TERRORISMO EN EL MUNDO EN EL PERÍODO 2005-2014 (AMPLIADO DE GARCÍA-VERA ET AL., 2015; START, 2015)	38
TABLA 2. ATAQUES Y VÍCTIMAS DEL TERRORISMO EN LA UE EN EL PERÍODO DE 2006-2014 (ADAPTADO DE EUROPOL 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 Y 2015)	41
TABLA 3. PREVALENCIA A CORTO Y LARGO PLAZO DEL TEPT TRAS ATAQUES TERRORISTAS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE VÍCTIMA	64
TABLA 4. PREVALENCIA A CORTO Y LARGO PLAZO DEL TDM Y OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN FUNCIÓN DEL TIPO DE VÍCTIMA	66
TABLA 5. COMPARACIÓN DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV-TR (APA, 2000) Y DSM-5 (APA, 2013)*	80
TABLA 6. RECOMENDACIONES DE DIFERENTES REVISIONES SISTEMÁTICAS Y GUÍAS DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA Y TRATAMIENTOS BASADOS EN LA EVIDENCIA	92
TABLA 7. CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS SOBRE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS A VÍCTIMAS DEL TERRORISMO	140
TABLA 8. RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS SOBRE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS A VÍCTIMAS DEL TERRORISMO	171
TABLA 9. CRITERIOS DE REPRESENTATIVIDAD CLÍNICA (STEWART Y CHAMBLESS, 2009, P. 606; ADAPTADO DE GARCÍA-VERA Y SANZ, EN PRENSA).....	183
TABLA 10. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA MUESTRA.....	220
TABLA 11. COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES SEGÚN CONDICIÓN EXPERIMENTAL (GRUPO DE TRATAMIENTO Y GRUPO DE LISTA DE ESPERA O LE) EN LA MUESTRA TOTAL, EN LA MUESTRA DE INTENCIÓN DE TRATAR Y EN LA MUESTRA DE PERSONAS QUE COMPLETAN EL TRATAMIENTO O LA EVALUACIÓN POST Y SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS DE χ^2 Y T DE STUDENT.....	230
TABLA 12. COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES SEGÚN CONDICIÓN EXPERIMENTAL (GRUPO DE TRATAMIENTO Y GRUPO DE LISTA DE ESPERA O LE) EN LA MUESTRA TOTAL, EN LA MUESTRA DE INTENCIÓN DE TRATAR Y EN LA MUESTRA DE PERSONAS QUE COMPLETAN EL TRATAMIENTO O LA EVALUACIÓN POST Y SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS DE χ^2 Y T DE STUDENT.....	232
TABLA 13. COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES QUE HAN COMPLETADO Y QUE HAN RECHAZADO O ABANDONADO (EL TRATAMIENTO, EN GRUPO EXPERIMENTAL; LA ESPERA EN GRUPO DE LISTA DE ESPERA O LE) EN LA MUESTRA TOTAL, EN LA MUESTRA DE INTENCIÓN DE TRATAR, EN LA MUESTRA DE TRATAMIENTO Y EN LA DE SEGUIMIENTO A 6 MESES Y SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS DE χ^2 Y T DE STUDENT.....	234

TABLA 14. COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES QUE HAN COMPLETADO Y QUE HAN RECHAZADO O ABANDONADO (EL TRATAMIENTO, EN GRUPO EXPERIMENTAL; LA ESPERA EN GRUPO DE LISTA DE ESPERA O LE) EN LA MUESTRA TOTAL, EN LA MUESTRA DE INTENCIÓN DE TRATAR, EN LA MUESTRA DE TRATAMIENTO Y EN LA DE SEGUIMIENTO A 6 MESES Y SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS DE χ^2 Y t DE STUDENT.....	236
TABLA 15. MÓDULOS, SESIONES, ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS TERAPÉUTICAS DE LA TERAPIA.....	246
TABLA 16. ESTRATEGIA MENOS Y MÁS CONSERVADORA PARA LA METODOLOGÍA DE INTENCIÓN DE TRATAR EN EL POSTRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO A 6 MESES PARA EL GRUPO DE TRATAMIENTO O DE LISTA DE ESPERA (LE)	257
TABLA 17. DIFERENCIAS EN LA MUESTRA DE POSTRATAMIENTOS COMPLETOS EN LA PREVALENCIA DEL TEPT, TDM, OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y SUS COMORBILIDADES ENTRE EL PRETRATAMIENTO (PRE) Y EL POSTRATAMIENTO (POST) PARA CADA CONDICIÓN EXPERIMENTAL (GRUPO DE TRATAMIENTO Y GRUPO DE LISTA DE ESPERA O LE) Y ENTRE AMBAS CONDICIONES EN EL POSTRATAMIENTO Y SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS DE McNEMAR Y χ^2	278
TABLA 18. NIVELES MEDIOS EN LA MUESTRA DE POSTRATAMIENTOS COMPLETOS DE SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA POR CONDICIÓN EXPERIMENTAL EN EL POSTRATAMIENTO, RESULTADOS DEL ANOVA [MOMENTO DE EVALUACIÓN (PRE-POST) X GRUPO (TRATAMIENTO-LISTA DE ESPERA)] Y TAMAÑO DEL EFECTO DE LA DIFERENCIA ENTRE GRUPOS.....	279
TABLA 19. COMPARACIÓN EN LA MUESTRA DE POSTRATAMIENTOS COMPLETOS DE LOS NIVELES MEDIOS DE SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA ENTRE EL PRETRATAMIENTO (PRE) Y EL POSTRATAMIENTO (POST) PARA CADA CONDICIÓN EXPERIMENTAL, SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS DE t DE STUDENT Y TAMAÑOS DEL EFECTO PRE/POST PARA CADA GRUPO.	280
TABLA 20. DIFERENCIAS EN LA MUESTRA DE POSTRATAMIENTOS COMPLETOS EN EL PORCENTAJE DE PACIENTES CON PUNTUACIONES INFERIORES A LA PUNTUACIÓN C Y PORCENTAJE DE PACIENTES MEJORADOS (Y RECUPERADOS), SIN CAMBIOS Y EMPEORADOS EN EL POSTRATAMIENTO EN CADA CUESTIONARIO (PCL, BDI-II Y BAI) Y ENTRE CADA CONDICIÓN EXPERIMENTAL (GRUPO DE TRATAMIENTO Y GRUPO DE LISTA DE ESPERA O LE) Y SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS χ^2	281
TABLA 21. DIFERENCIAS EN LA MUESTRA DE POSTRATAMIENTOS CON INTENCIÓN DE TRATAR EN LA PREVALENCIA DEL TEPT, TDM, OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y SUS COMORBILIDADES ENTRE EL PRETRATAMIENTO (PRE) Y EL POSTRATAMIENTO (POST) PARA CADA CONDICIÓN EXPERIMENTAL (GRUPO DE TRATAMIENTO Y GRUPO DE LISTA DE ESPERA O LE) Y ENTRE AMBAS CONDICIONES EN EL POSTRATAMIENTO Y SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS DE McNEMAR Y χ^2	297
TABLA 22. NIVELES MEDIOS EN LA MUESTRA DE POSTRATAMIENTOS CON INTENCIÓN DE TRATAR (AMBOS CRITERIOS) DE SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA POR CONDICIÓN EXPERIMENTAL EN EL POSTRATAMIENTO, RESULTADOS DEL ANOVA	

[MOMENTO DE EVALUACIÓN (PRE-POST) X GRUPO (TRATAMIENTO-LISTA DE ESPERA)] Y TAMAÑO DEL EFECTO DE LA DIFERENCIA ENTRE GRUPOS	298
TABLA 23. COMPARACIÓN EN LA MUESTRA DE POSTRATAMIENTOS CON INTENCIÓN DE TRATAR (AMBOS CRITERIOS) DE LOS NIVELES MEDIOS DE SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA ENTRE EL PRETRATAMIENTO (PRE) Y EL POSTRATAMIENTO (POST) PARA CADA CONDICIÓN EXPERIMENTAL Y SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS DE <i>T</i> DE STUDENT Y TAMAÑOS DEL EFECTO PRE/POST PARA CADA GRUPO.	299
TABLA 24. DIFERENCIAS EN LA MUESTRA DE POSTRATAMIENTOS CON INTENCIÓN DE TRATAR (AMBOS CRITERIOS) EN EL PORCENTAJE DE PACIENTES CON PUNTUACIONES INFERIORES A LA PUNTUACIÓN C Y PORCENTAJE DE PACIENTES MEJORADOS (Y RECUPERADOS), SIN CAMBIOS Y EMPEORADOS EN EL POSTRATAMIENTO EN CADA CUESTIONARIO (PCL, BDI-II Y BAI) Y ENTRE CADA CONDICIÓN EXPERIMENTAL (GRUPO DE TRATAMIENTO Y GRUPO DE LISTA DE ESPERA O LE) Y SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS χ^2	300
TABLA 25. DIFERENCIAS EN LA MUESTRA DE SEGUIMIENTOS COMPLETOS Y DE SEGUIMIENTOS CON INTENCIÓN DE TRATAR EN LA PREVALENCIA DEL TEPT, TDM, OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y SUS COMORBILIDADES ENTRE EL PRETRATAMIENTO (PRE) Y EL SEGUIMIENTO (SEGUI) Y SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS DE McNEMAR.	314
TABLA 26. COMPARACIÓN EN LA MUESTRA DE SEGUIMIENTOS COMPLETOS Y SEGUIMIENTOS CON INTENCIÓN DE TRATAR DE LOS NIVELES MEDIOS DE SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA ENTRE EL PRETRATAMIENTO (PRE) Y EL SEGUIMIENTO (SEGUI) Y SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS DE <i>T</i> DE STUDENT Y TAMAÑOS DEL EFECTO PRE/SEGUIMIENTO PARA CADA MUESTRA.	315
TABLA 27. DIFERENCIAS EN LA MUESTRA DE TODOS LOS POSTRATAMIENTOS Y TODOS LOS SEGUIMIENTOS COMPLETOS EN LA PREVALENCIA DEL TEPT, TDM, OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y SUS COMORBILIDADES ENTRE EL PRETRATAMIENTO (PRE) Y EL POSTRATAMIENTO (POST) O EN EL PRETRATAMIENTO (PRE) Y EL SEGUIMIENTO (SEGUI) Y SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS DE McNEMAR.....	328
TABLA 28. COMPARACIÓN EN LA MUESTRA DE TODOS LOS POSTRATAMIENTOS Y TODOS LOS SEGUIMIENTOS COMPLETOS DE LOS NIVELES MEDIOS DE SINTOMATOLOGÍA PSICOLÓGICA ENTRE EL PRETRATAMIENTO (PRE) Y EL POSTRATAMIENTO (POST) Y EL PRETRATAMIENTO (PRE) O EL SEGUIMIENTO (SEGUI) Y SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS DE <i>T</i> DE STUDENT Y TAMAÑOS DEL EFECTO PRE/POST Y PRE/SEGUIMIENTO PARA CADA GRUPO.....	329
TABLA 29. DIFERENCIAS EN PORCENTAJES DE TEPT, TDM, OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y SUS COMORBILIDADES EN EL PRETRATAMIENTO EN LAS MUESTRAS DE POSTRATAMIENTOS COMPLETOS, INTENCIÓN DE TRATAR EN EL POSTRATAMIENTO, TODOS LOS DATOS COMPLETOS EN EL POST, SEGUIMIENTOS COMPLETOS Y TODOS LOS DATOS	

COMPLETOS EN EL SEGUIMIENTO, EN FUNCIÓN DE LA MEDICACIÓN COMBINADA (TCC CENTRADA EN EL TRAUMA) O AISLADA Y SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS χ^2	334
TABLA 30. DIFERENCIAS EN PORCENTAJES DE TEPT, TDM, OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y SUS COMORBILIDADES EN EL POSTRATAMIENTO EN LAS MUESTRAS DE POSTRATAMIENTOS COMPLETOS, INTENCIÓN DE TRATAR EN EL POSTRATAMIENTO Y TODOS LOS DATOS COMPLETOS EN EL POST EN FUNCIÓN DE LA MEDICACIÓN COMBINADA (TCC CENTRADA EN EL TRAUMA) O AISLADA Y SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS χ^2	
	335
TABLA 31. DIFERENCIAS EN PORCENTAJES DE TEPT, TDM, OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y SUS COMORBILIDADES EN EL SEGUIMIENTO EN LAS MUESTRAS DE SEGUIMIENTOS COMPLETOS, INTENCIÓN DE TRATAR EN EL SEGUIMIENTO Y TODOS LOS DATOS COMPLETOS EN EL SEGUIMIENTO EN FUNCIÓN DE LA MEDICACIÓN COMBINADA (TCC CENTRADA EN EL TRAUMA) O AISLADA Y SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS χ^2	
	336
TABLA 32. DIFERENCIAS EN PUNTUACIONES MEDIAS EN LA PCL, EL BDI-II Y EL BAI EN EL PRETRATAMIENTO EN LAS MUESTRAS DE POSTRATAMIENTOS COMPLETOS, INTENCIÓN DE TRATAR EN EL POSTRATAMIENTO, TODOS LOS DATOS COMPLETOS EN EL POST, SEGUIMIENTOS COMPLETOS Y TODOS LOS DATOS COMPLETOS EN EL SEGUIMIENTO, EN FUNCIÓN DE LA MEDICACIÓN COMBINADA (TCC CENTRADA EN EL TRAUMA) O AISLADA Y SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS T DE STUDENT	
	339
TABLA 33. DIFERENCIAS EN PUNTUACIONES MEDIAS EN LA PCL, EL BDI-II Y EL BAI EN EL POSTRATAMIENTO EN LAS MUESTRAS DE POSTRATAMIENTOS COMPLETOS, INTENCIÓN DE TRATAR EN EL POSTRATAMIENTO, TODOS LOS DATOS COMPLETOS EN EL POST EN FUNCIÓN DE LA MEDICACIÓN COMBINADA (TCC CENTRADA EN EL TRAUMA) O AISLADA Y SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS T DE STUDENT	
	340
TABLA 34. DIFERENCIAS EN PUNTUACIONES MEDIAS EN LA PCL, EL BDI-II Y EL BAI EN EL SEGUIMIENTO EN LAS MUESTRAS DE SEGUIMIENTOS COMPLETOS, INTENCIÓN DE TRATAR EN EL SEGUIMIENTO, TODOS LOS DATOS COMPLETOS EN EL SEGUIMIENTO EN FUNCIÓN DE LA MEDICACIÓN COMBINADA (TCC CENTRADA EN EL TRAUMA) O AISLADA Y SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS T DE STUDENT	
	341
TABLA 35. DIFERENCIAS EN EL POSTRATAMIENTO DE PORCENTAJES DE PACIENTES CON PUNTUACIONES POR DEBAJO DE LA PUNTUACIÓN C , MEJORADOS, RECUPERADOS, SIN CAMBIOS Y EMPEORADOS EN LA PCL, EL BDI-II Y EL BAI EN LAS MUESTRAS DE POSTRATAMIENTOS COMPLETOS, INTENCIÓN DE TRATAR EN EL POSTRATAMIENTO (CONSERVADOR Y NO CONSERVADOR) Y TODOS LOS DATOS COMPLETOS EN EL POSTRATAMIENTO EN FUNCIÓN DE LA MEDICACIÓN COMBINADA (TCC CENTRADA EN EL TRAUMA) O AISLADA Y SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS χ^2	
	345

TABLA 36 DIFERENCIAS EN EL SEGUIMIENTO DE PORCENTAJES DE PACIENTES CON PUNTUACIONES POR DEBAJO DE LA PUNTUACIÓN C, MEJORADOS, RECUPERADOS, SIN CAMBIOS Y EMPEORADOS EN LA PCL, EL BDI-II Y EL BAI EN LAS MUESTRAS DE POSTRATAMIENTOS COMPLETOS, INTENCIÓN DE TRATAR EN EL POSTRATAMIENTO (CONSERVADOR Y NO CONSERVADOR) Y TODOS LOS DATOS COMPLETOS EN EL POSTRATAMIENTO EN FUNCIÓN DE LA MEDICACIÓN COMBINADA (TCC CENTRADA EN EL TRAUMA) O AISLADA Y SIGNIFICACIÓN DE LAS PRUEBAS χ^2	347
TABLA 37. LISTADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS DIFERENTES ÍNDICES DE EFICACIA DIAGNÓSTICA, SINTOMATOLÓGICA Y CLÍNICA, SEGÚN LA COMPARACIÓN DEL GRUPO EXPERIMENTAL CON EL GRUPO CONTROL EN EL POSTRATAMIENTO.	355
TABLA 38. LISTADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS DIFERENTES ÍNDICES DE EFICACIA DIAGNÓSTICA, SINTOMATOLÓGICA Y CLÍNICA, SEGÚN LA COMPARACIÓN DEL GRUPO EXPERIMENTAL CON EL GRUPO CONTROL EN EL POSTRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO.....	358
TABLA 39 LISTADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS DIFERENTES ÍNDICES DE EFICACIA DIAGNÓSTICA, SINTOMATOLÓGICA Y CLÍNICA, SEGÚN LA COMPARACIÓN DEL GRUPO DE TERAPIA COMBINADA (TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL Y PSICOFÁRMACOS) CON EL GRUPO DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL AISLADA	360

Índice de figuras

FIGURA 1. NÚMERO DE PERSONAS FALLECIDAS EN ATAQUES TERRORISTAS EN ESPAÑA ENTRE 1968 Y 2010 (FUNDACIÓN VÍCTIMAS DEL TERRORISMO, 2014)	44
FIGURA 2. DIAGRAMA DEL FLUJO DE PARTICIPANTES Y PROCEDIMIENTO DE LA PRIMERA FASE DE ESTE ESTUDIO	218
FIGURA 3. DIAGRAMA DEL FLUJO DE PARTICIPANTES, PROCEDIMIENTO DE LA SEGUNDA FASE DE ESTE ESTUDIO Y ESQUEMA DE LOS ANÁLISIS ESTADÍSTICOS REALIZADOS	219
FIGURA 4. PREVALENCIA (%) DE TEPT, TRASTORNOS DEPRESIVOS, TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y COMORBILIDADES EN LA EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO	223
FIGURA 5. DISTRIBUCIÓN DEL TEPT EN LA EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO	224
FIGURA 6. PUNTUACIONES MEDIAS SOBRE LAS PUNTUACIONES DE CORTE DE LA PCL, EL BDI-II Y EL BAI EN LA EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO	226
FIGURA 7. PREVALENCIA (%) DE TEPT, TDM, TRASTORNOS ANSIOSOS Y COMORBILIDADES EN LA EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO Y POSTRATAMIENTO DEL GRUPO DE TRATAMIENTO (MUESTRA DE COMPLETOS).....	263
FIGURA 8. DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE PRESENTACIÓN DEL TEPT EN LA EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO DEL GRUPO DE TRATAMIENTO (MUESTRA DE COMPLETOS)	264
FIGURA 9. PREVALENCIA (%) DE TEPT, TDM, TRASTORNOS ANSIOSOS Y COMORBILIDADES EN LA EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO Y POSTRATAMIENTO DEL GRUPO DE CONTROL (MUESTRA DE COMPLETOS)	266
FIGURA 10. DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE PRESENTACIÓN DEL TEPT EN LA EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO Y POSTRATAMIENTO DEL GRUPO DE CONTROL (MUESTRA DE COMPLETOS)	266
FIGURA 11. COMPARACIÓN CON LA PUNTUACIÓN C DE LAS PUNTUACIONES MEDIAS EN SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA (MEDIDA MEDIANTE LA PCL) DEL GRUPO DE TRATAMIENTO Y DE CONTROL EN LAS EVALUACIONES PRE Y POSTRATAMIENTO (MUESTRA DE COMPLETOS).....	269
FIGURA 12. COMPARACIÓN CON LA PUNTUACIÓN C DE LAS PUNTUACIONES MEDIAS EN SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (MEDIDA MEDIANTE EL BDI-II) DEL GRUPO DE TRATAMIENTO Y DE CONTROL EN LAS EVALUACIONES PRE Y POSTRATAMIENTO (MUESTRA DE COMPLETOS).....	270
FIGURA 13. COMPARACIÓN CON LA PUNTUACIÓN C DE LAS PUNTUACIONES MEDIAS EN SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA (MEDIDA MEDIANTE EL BAI) DEL GRUPO DE TRATAMIENTO Y DE CONTROL EN LAS EVALUACIONES PRE Y POSTRATAMIENTO (MUESTRA DE COMPLETOS).....	271

FIGURA 14. PORCENTAJE DE PACIENTES EMPEORADOS, SIN CAMBIOS, MEJORADOS, RECUPERADOS Y CON UNA PUNTUACIÓN POR DEBAJO DE LA PUNTUACIÓN C EN LA EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO DEL GRUPO TRATAMIENTO (MUESTRA DE POSTRATAMIENTOS COMPLETOS).	275
FIGURA 15. PORCENTAJE DE PACIENTES EMPEORADOS, SIN CAMBIOS, MEJORADOS, RECUPERADOS Y CON UNA PUNTUACIÓN POR DEBAJO DE LA PUNTUACIÓN C EN LA EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO DEL GRUPO CONTROL (MUESTRA DE POSTRATAMIENTOS COMPLETOS).	276
FIGURA 16. PREVALENCIA (%) DE TEPT, TRASTORNOS DEPRESIVOS, TRASTORNOS ANSIOSOS Y COMORBILIDADES EN LA EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO Y POSTRATAMIENTO DEL GRUPO DE TRATAMIENTO (MUESTRA DE POSTRATAMIENTOS CON INTENCIÓN DE TRATAR).....	285
FIGURA 17. DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE PRESENTACIÓN DEL TEPT EN LA EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO Y POSTRATAMIENTO DEL GRUPO DE TRATAMIENTO (MUESTRA DE POSTRATAMIENTOS CON INTENCIÓN DE TRATAR)	285
FIGURA 18. COMPARACIÓN CON LA PUNTUACIÓN C DE LAS PUNTUACIONES MEDIAS EN SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA (MEDIDA MEDIANTE LA PCL) DEL GRUPO DE TRATAMIENTO (AMBOS CRITERIOS) Y DEL GRUPO CONTROL EN LAS EVALUACIONES PRE Y POSTRATAMIENTO (MUESTRA DE POSTRATAMIENTOS CON INTENCIÓN DE TRATAR).	288
FIGURA 19. COMPARACIÓN CON LA PUNTUACIÓN C DE LAS PUNTUACIONES MEDIAS EN SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (MEDIDA MEDIANTE EL BDI-II) DEL GRUPO DE TRATAMIENTO (AMBOS CRITERIOS) Y DEL GRUPO CONTROL EN LAS EVALUACIONES PRE Y POSTRATAMIENTO (MUESTRA DE POSTRATAMIENTOS CON INTENCIÓN DE TRATAR).	289
FIGURA 20. COMPARACIÓN CON LA PUNTUACIÓN C DE LAS PUNTUACIONES MEDIAS EN SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA (MEDIDA MEDIANTE EL BAI) DEL GRUPO DE TRATAMIENTO (AMBOS CRITERIOS) Y DEL GRUPO CONTROL EN LAS EVALUACIONES PRE Y POSTRATAMIENTO (MUESTRA DE POSTRATAMIENTOS CON INTENCIÓN DE TRATAR).	290
FIGURA 21. PORCENTAJE DE PACIENTES EMPEORADOS, SIN CAMBIOS, MEJORADOS, RECUPERADOS Y CON UNA PUNTUACIÓN POR DEBAJO DE LA PUNTUACIÓN C EN LA EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO DEL GRUPO TRATAMIENTO (MUESTRA DE POSTRATAMIENTOS CON INTENCIÓN DE TRATAR, CRITERIO MENOS CONSERVADOR).	295
FIGURA 22. PORCENTAJE DE PACIENTES EMPEORADOS, SIN CAMBIOS, MEJORADOS, RECUPERADOS Y CON UNA PUNTUACIÓN POR DEBAJO DE LA PUNTUACIÓN C EN LA EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO DEL GRUPO DE TRATAMIENTO (MUESTRA DE POSTRATAMIENTOS CON INTENCIÓN DE TRATAR, CRITERIO MÁS CONSERVADOR).	296
FIGURA 23. PORCENTAJE DE PACIENTES EMPEORADOS, SIN CAMBIOS, MEJORADOS, RECUPERADOS Y CON UNA PUNTUACIÓN POR DEBAJO DE LA PUNTUACIÓN C EN LA EVALUACIÓN POSTRATAMIENTO DEL GRUPO CONTROL (MUESTRA DE POSTRATAMIENTOS CON INTENCIÓN DE TRATAR, CRITERIO MENOS CONSERVADOR).	296

FIGURA 24. PREVALENCIA (%) DE TEPT, TRASTORNOS DEPRESIVOS, TRASTORNOS ANSIOSOS Y COMORBILIDADES EN LA EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL GRUPO DE TRATAMIENTO (MUESTRA DE SEGUIMIENTOS COMPLETOS).....	304
FIGURA 25. DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE PRESENTACIÓN DEL TEPT EN LA EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO DEL GRUPO DE TRATAMIENTO (MUESTRA DE SEGUIMIENTOS COMPLETOS)	304
FIGURA 26. PREVALENCIA (%) DE TEPT, TRASTORNOS DEPRESIVOS, TRASTORNOS ANSIOSOS Y COMORBILIDADES EN LA EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL GRUPO DE TRATAMIENTO (MUESTRA DE SEGUIMIENTOS CON INTENCIÓN DE TRATAR)	306
FIGURA 27. DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE PRESENTACIÓN DEL TEPT EN LA EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTOS DEL GRUPO DE TRATAMIENTO (MUESTRA DE SEGUIMIENTOS CON INTENCIÓN DE TRATAR)	306
FIGURA 28. COMPARACIÓN CON LA PUNTUACIÓN C DE LAS PUNTUACIONES MEDIAS EN SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA (MEDIDA MEDIANTE LA PCL) DEL GRUPO DE TRATAMIENTO EN LAS EVALUACIONES PRETRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO (MUESTRAS DE SEGUIMIENTOS COMPLETOS Y DE SEGUIMIENTOS CON INTENCIÓN DE TRATAR)	309
FIGURA 29. COMPARACIÓN CON LA PUNTUACIÓN C DE LAS PUNTUACIONES MEDIAS EN SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (MEDIDA MEDIANTE EL BDI-II) DEL GRUPO DE TRATAMIENTO EN LAS EVALUACIONES PRETRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO (MUESTRAS DE SEGUIMIENTOS COMPLETOS Y DE SEGUIMIENTOS CON INTENCIÓN DE TRATAR)	309
FIGURA 30. COMPARACIÓN CON LA PUNTUACIÓN C DE LAS PUNTUACIONES MEDIAS EN SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA (MEDIDA MEDIANTE EL BAI) DEL GRUPO DE TRATAMIENTO EN LAS EVALUACIONES PRETRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO (MUESTRAS DE SEGUIMIENTOS COMPLETOS Y DE SEGUIMIENTOS CON INTENCIÓN DE TRATAR).....	310
FIGURA 31. PORCENTAJE DE PACIENTES EMPEORADOS, SIN CAMBIOS, MEJORADOS, RECUPERADOS Y CON UNA PUNTUACIÓN POR DEBAJO DE LA PUNTUACIÓN C EN LA EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO DEL GRUPO TRATAMIENTO (MUESTRA DE SEGUIMIENTOS COMPLETOS).	313
FIGURA 32. PORCENTAJE DE PACIENTES EMPEORADOS, SIN CAMBIOS, MEJORADOS, RECUPERADOS Y CON UNA PUNTUACIÓN POR DEBAJO DE LA PUNTUACIÓN C EN LA EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO DEL GRUPO TRATAMIENTO (MUESTRA DE SEGUIMIENTOS CON INTENCIÓN DE TRATAR).....	313
FIGURA 33. PREVALENCIA (%) DE TEPT, TRASTORNOS DEPRESIVOS, TRASTORNOS ANSIOSOS Y COMORBILIDADES EN LA EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO Y POSTRATAMIENTO DE LOS GRUPOS DE TRATAMIENTO Y DE LE (MUESTRA DE TODOS LOS POSTRATAMIENTOS COMPLETOS).....	318

FIGURA 34. DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE PRESENTACIÓN DEL TEPT EN LA EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO Y POSTRATAMIENTO DE LOS GRUPOS DE TRATAMIENTO Y DE LE (MUESTRA DE TODOS LOS POSTRATAMIENTOS COMPLETOS).....	318
FIGURA 35. PREVALENCIA (%) DE TEPT, TRASTORNOS DEPRESIVOS, TRASTORNOS ANSIOSOS Y COMORBILIDADES EN LA EVALUACIÓN PRETRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS GRUPOS DE TRATAMIENTO Y DE LE (MUESTRA DE TODOS LOS SEGUIMIENTOS COMPLETOS)	320
FIGURA 36. DISTRIBUCIÓN DE LAS FORMAS DE PRESENTACIÓN DEL TEPT EN LA EVALUACIÓN DE PRETRATAMIENTO DE LOS GRUPOS DE TRATAMIENTO Y DE LE (MUESTRA DE TODOS LOS SEGUIMIENTOS COMPLETOS)	320
FIGURA 37. COMPARACIÓN CON LA PUNTUACIÓN C DE LAS PUNTUACIONES MEDIAS EN SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA (MEDIDA MEDIANTE LA PCL) DE LOS GRUPOS DE TRATAMIENTO Y LE EN LAS EVALUACIONES PRETRATAMIENTO Y POSTRATAMIENTO Y PRETRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO (MUESTRA DE TODOS LOS POSTRATAMIENTOS Y SEGUIMIENTOS COMPLETOS).....	323
FIGURA 38. COMPARACIÓN CON LA PUNTUACIÓN C DE LAS PUNTUACIONES MEDIAS EN SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (MEDIDA MEDIANTE EL BDI-II) DE LOS GRUPOS DE TRATAMIENTO Y LE EN LAS EVALUACIONES PRETRATAMIENTO Y POSTRATAMIENTO Y PRETRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO (MUESTRA DE TODOS LOS POSTRATAMIENTOS Y SEGUIMIENTOS COMPLETOS).....	324
FIGURA 39. COMPARACIÓN CON LA PUNTUACIÓN C DE LAS PUNTUACIONES MEDIAS EN SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA (MEDIDA MEDIANTE EL BAI) DE LOS GRUPOS DE TRATAMIENTO Y LE EN LAS EVALUACIONES PRETRATAMIENTO Y POSTRATAMIENTO Y PRETRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO (MUESTRA DE TODOS LOS POSTRATAMIENTOS Y SEGUIMIENTOS COMPLETOS).....	324
FIGURA 40. PORCENTAJE DE PACIENTES EMPEORADOS, SIN CAMBIOS, MEJORADOS, RECUPERADOS Y CON UNA PUNTUACIÓN POR DEBAJO DE LA PUNTUACIÓN C EN LA EVALUACIÓN DE POSTRATAMIENTO DE LOS GRUPOS DE TRATAMIENTO Y LE (MUESTRA DE TODOS LOS POSTRATAMIENTOS COMPLETOS).....	327
FIGURA 41. PORCENTAJE DE PACIENTES EMPEORADOS, SIN CAMBIOS, MEJORADOS, RECUPERADOS Y CON UNA PUNTUACIÓN POR DEBAJO DE LA PUNTUACIÓN C EN LA EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO DE LOS GRUPOS DE TRATAMIENTO Y LE (MUESTRA DE TODOS LOS SEGUIMIENTOS).	327
FIGURA 42: CURSO DE LA SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA EN LA MUESTRA DE COMPLETOS Y DE INTENCIÓN DE TRATAR	374
FIGURA 43. CURSO DE LA PATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA EN LA MUESTRA DE COMPLETOS E INTENCIÓN DE TRATAR	374

FIGURA 44: CURSO DE LA SIGNIFICACIÓN CLÍNICA SEGÚN EL PORCENTAJE DE PERSONAS QUE DISMINUYERON LA PUNTUACIÓN EN LA PCL POR DEBAJO DE LA PUNTUACIÓN C EN LA MUESTRA DE COMPLETOS Y DE INTENCIÓN DE TRATAR.....	378
FIGURA 45: CURSO DE LA SIGNIFICACIÓN CLÍNICA SEGÚN EL PORCENTAJE DE MEJORADOS (RCI) EN LA PCL Y EN LA MUESTRA DE COMPLETOS Y DE INTENCIÓN DE TRATAR.....	378
FIGURA 46: CURSO DE LA PATOLOGÍA DEPRESIVA EN LA MUESTRA DE COMPLETOS E INTENCIÓN DE TRATAR.....	380
FIGURA 47: CURSO DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LA MUESTRA DE COMPLETOS Y DE INTENCIÓN DE TRATAR.....	381
FIGURA 48: CURSO DE LA SIGNIFICACIÓN CLÍNICA SEGÚN EL PORCENTAJE DE PERSONAS QUE DISMINUYERON LA PUNTUACIÓN EN EL BDI-II POR DEBAJO DE LA PUNTUACIÓN C EN LA MUESTRA DE COMPLETOS Y DE INTENCIÓN DE TRATAR	383
FIGURA 49: CURSO DE LA SIGNIFICACIÓN CLÍNICA SEGÚN EL PORCENTAJE DE MEJORADOS (RCI) EN EL BDI-II Y EN LA MUESTRA DE COMPLETOS Y DE INTENCIÓN DE TRATAR.....	384
FIGURA 50: CURSO DE LA PATOLOGÍA ANSIOSA EN LA MUESTRA DE COMPLETOS E INTENCIÓN DE TRATAR.....	385
FIGURA 51: CURSO DE LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA EN LA MUESTRA DE COMPLETOS Y DE INTENCIÓN DE TRATAR	386
FIGURA 52: CURSO DE LA SIGNIFICACIÓN CLÍNICA SEGÚN EL PORCENTAJE DE PERSONAS QUE DISMINUYERON LA PUNTUACIÓN EN EL BAI POR DEBAJO DE LA PUNTUACIÓN C EN LA MUESTRA DE COMPLETOS Y DE INTENCIÓN DE TRATAR	388
FIGURA 53: CURSO DE LA SIGNIFICACIÓN CLÍNICA SEGÚN EL PORCENTAJE DE MEJORADOS (RCI) EN EL BAI Y EN LA MUESTRA DE COMPLETOS Y DE INTENCIÓN DE TRATAR	389

Resumen

OBJETIVO Se analiza la eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en víctimas de atentados terroristas con trastorno por estrés postraumático (TEPT) o trastornos de ansiedad o depresivos a muy largo plazo (> 5 años después del atentado). Se pretende, así, engrosar el limitado conocimiento científico sobre la eficacia de los tratamientos en esta población concreta.

MÉTODO Un grupo de 120 víctimas directas e indirectas de atentados terroristas cometidos en España una media de 18,43 años atrás, que presentaban aislada o concurrentemente trastorno por estrés postraumático (TEPT; 49,2%), trastorno depresivo mayor (TDM; 40,8%) y otros trastornos de ansiedad (75,8%), fueron aleatorizados en 16 sesiones de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) centrada en el trauma (grupo experimental) o 16 semanas de espera (grupo control). La TCC centrada en el trauma estaba basada en el protocolo de exposición prolongada de Foa y Rothbaum (1998) pero se le añadieron técnicas específicas para el manejo de los trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad, se hizo un mayor énfasis en la psicoeducación sobre las reacciones post traumáticas y en la reestructuración cognitiva y se añadieron estrategias de motivación, regulación emocional y terapia narrativa. De las 60 personas que fueron asignadas al grupo experimental, 25 (41,6%) rechazaron la terapia y 10 (28,6%) la abandonaron una vez iniciada.

RESULTADOS Las personas del grupo experimental que completaron el tratamiento (n = 25) tenían puntuaciones medias en sintomatología postraumática (PCL), depresiva (BDIL-II) y de ansiedad (BAI) significativamente inferiores a las obtenidas en el pretratamiento. Ninguna de ellas presentó en el postratamiento TEPT ni TDM y se redujo significativamente el porcentaje de otros trastornos de ansiedad. Estos

resultados fueron significativamente mejores que los del grupo de control. Se obtuvieron tamaños del efecto pre/post grandes (d PCL = 1,39; d BDI-II = 1,19; d BAI = 1,20) y grandes y medios entre grupos (d PCL = 0,84; d BDI-II = 0,69; d BAI = 0,88). Un 78,3%, 91,7% y 91,7% obtuvieron una puntuación media inferior a la puntuación C para la PCL, el BDI-II y el BAI, y un 56,5%, 45,8% y 54,2% mejoraron según el índice de cambio fiable. Los beneficios se mantuvieron a los 6 meses de seguimiento y el análisis de intención de tratar ($n = 35$) y el análisis de todas las personas que habían completado el tratamiento (incluyendo al grupo control; $n = 40$) confirmaron la significación de los datos. La terapia tenía efectos mejores sobre la comorbilidad triple (TEPT, trastornos depresivos y ansiosos), pero no se encontró un efecto positivo de la adición de psicofármacos, en todo caso, peores resultados (por ejemplo, en la puntuación del BAI y la muestra de intención de tratar).

CONCLUSIONES Los resultados de este estudio, comparables a los de otros estudios específicos previos, sugieren que la TCC centrada en el trauma y adaptada a víctimas del terrorismo que sufren TEPT o trastornos de ansiedad o depresivos muchos años después de los atentados terroristas, es eficaz. Aunque se recomienda mejorar las técnicas de motivación, hacer nuevos estudios con tamaños muestrales más amplios, donde se realicen análisis de componentes, análisis de la fiabilidad y adherencia al protocolo y atendiendo a diferentes grupos de víctimas y factores de riesgo, los resultados de esta tesis doctoral sustentan firmemente la idea de que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma debe ser el tratamiento de elección para víctimas del terrorismo con TEPT, TDM u otros trastornos de ansiedad, incluso cuando éstos se presentan de manera comórbida y crónica.

Abstract

OBJECTIVE This paper examines the efficacy of trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT) with an exposure component in victims of terrorist attacks with a longstanding history (> 5 years after terrorist attacks) of posttraumatic stress disorder (PTSD), anxiety, or depressive disorders. Thus, it aims to augment the limited scientific knowledge on the efficacy of treatments in this particular population.

METHODS 120 direct and indirect victims of terrorist attacks committed in Spain, an average of 18.43 years ago, that presented separately or concurrently post-traumatic stress disorder (PTSD, 49.2%), major depressive disorder (MDD, 40.8%), and other anxiety disorders (75.8%) were randomized into either a 16 session CBT (cognitive behavioral therapy) focused in trauma (treatment group), or a 16 weeks waiting list (control group). The trauma-focused CBT was based in the prolonged exposure protocol of Foa and Rothbaum (1998) with specific techniques for mood disorders, and anxiety disorders, highlighting psychoeducation about posttraumatic reactions, cognitive restructuring and adding some other motivational strategies, emotional regulation and narrative therapy. Of the 60 people who were assigned to the experimental group, 25 (41.6 %) rejected the therapy and 10 (28.6 %) dropped out once it started.

RESULTS People in the treatment group who finished the treatment (n = 25) had significantly lower average scores in post-traumatic (PCL), depressive (BDII-II) and anxiety (BAI) symptomatology than those obtained in pre-treatment, and none of them presented PTSD nor MDD post-treatment, with significant reductions in percentages of other anxiety disorders. These results were significantly better than those

of the control group. The pre/post effect size was large (d PCL = 1.39; d BDI-II = 1.19; d BAI = 1.20), and the effect sizes across groups were large and medium (d PCL = 0.84, d BDI-II = 0.69, d BAI = 0.88). A 78.3%, 91.7% and 91.79% obtained an average score below C-score for PCL, BDI-II and BAI, respectively. 56.5%, 45.8% and 54.2% improved according to the RCI (Reliable Change Index). The benefits persisted after 6 months of monitoring, and intention-to-treat analysis ($n = 35$) and the analysis of all the people who finished the treatment (including the control group, $n = 40$) confirmed the significance of the data. The therapy had best effects on triple comorbidity (PTSD and depressive and anxiety disorders), and addition of psychoactive drugs did not show positive effects, on the contrary, it was linked to worst outcomes (for example, worst BAI scores in intention-to-treat sample).

CONCLUSIONS The results of this study, similar to those of other previous efficacy studies, suggest that this trauma-focused CBT, adapted for victims of terrorism who suffer from PTSD or anxiety or depression disorders many years after the terrorist attacks, is effective. Although it is recommended to improve motivation techniques, and to investigate with larger sample sizes, with specific analysis of the components of treatment, with reliability and adherence to protocol analysis and according to different groups of victims and risk factors, the results of this thesis strongly support the idea that cognitive-behavioral therapy focused on trauma should be the preferred treatment for victims of terrorism with PTSD, MDD or other anxiety disorders, even when they are comorbid and chronic.

PARTE TEÓRICA

Capítulo 1:

El problema del

terrorismo

1.1 Siglo XXI: tiempo de terrorismo y tiempo de víctimas

El terrorismo es uno de los problemas más graves y acuciantes de nuestro siglo XXI que, lejos de solucionarse, parece empeorar día a día. Aunque, lógicamente, todavía no se dispone de datos oficiales sobre este año 2015, el año precedente pasará a la historia por ser uno de los más crueles en lo que a este tema se refiere. Con 13.463 atentados terroristas en el mundo que provocaron más de 32.700 muertos, 34.700 heridos y 9.400 secuestrados [*National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism* (START), 2015], el 2014 supera con creces las cifras promedio de 11.465 atentados terroristas, 17.684 muertos, 31.960 heridos y 9.637 secuestrados, contabilizados por término medio y a nivel mundial durante los últimos 10 años (véase la tabla 1).

A pesar de que desde el año 2005 ha habido períodos en los que las “cifras terroristas” han descendido a nivel mundial, fundamentalmente entre los años 2008 y 2012, desde 2013 los ataques terroristas a nivel global y sus víctimas han vuelto a despuntar, alcanzando cotas similares e incluso mayores a las que se daban, efectivamente, hace 10 años (véase la tabla 1). Así, el número de ataques terroristas y de personas fallecidas como consecuencia de estos ataques aumentó del año 2013 al 2014 en un 35% y un 81% respectivamente (START, 2015), con un incremento muy importante de atentados masivos (aquellos en los que fallecen 10 personas o más) que fueron 320 en 2013 (o 291; véase la nota de la tabla 1) y casi se duplicaron en 2014, llegando a los 561 (o 592; véase la tabla 1 y su nota). De hecho, en el año 2014 el número de ataques en los que se asesinó no solo a más de 10 sino a más de 100 personas se multiplicó por 10, pasando de 2 a 20, e incluso, el número de secuestros, que había

Capítulo 1: El problema del terrorismo

seguido una tendencia decreciente desde el 2005, es ahora tres veces mayor que en 2013 (START, 2015).

Este aumento de los atentados terroristas en los últimos años se debe, sobre todo, a la incesante actividad violenta en zonas geográficas como la de Oriente Medio y el Sur de Asia, que concentraron en el período 2005-2010, el 40% y el 35% de los ataques terroristas, respectivamente (véase la tabla 1). En el año 2014 más del 60% de atentados a nivel mundial tuvo lugar en tan solo cinco países (Iraq, Paquistán, Afganistán, India y Nigeria) y el 78% de los fallecidos por causa terrorista lo hicieron en ataques que acontecieron también en países muy específicos (Iraq, Nigeria, Afganistán, Paquistán y Siria) (START, 2015). E incluso, considerando solo los atentados masivos (los que producen 10 o más muertos), en el período de 2005 a 2010 se produjeron en el mundo 1.531 atentados terroristas con un número elevado de víctimas mortales, de los cuales tan solo 26 ocurrieron en Europa (uno en el Reino Unido, uno en Noruega, 10 en Turquía y 14 en Rusia) y solo uno en Norteamérica [véase la tabla 1; *National Counterterrorism Center* (NCTC), 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011].

Sin embargo, la “plaga” del terrorismo afecta también, en mayor o menor medida, a otras regiones del planeta (véase la tabla 1) y en el mundo globalizado en que vivimos se comporta, cada vez más, como si fuera una “epidemia”, que puede tener un origen determinado pero que después se expande y genera otros focos de “infección”. Según la Oficina Europea de Policía o “Europol”, aunque a una escala global el número de incidentes terroristas en países miembros de la Unión Europea (UE) es bajo en comparación con los que ocurren en África, el Sudeste Asiático o en Oriente Medio, la amenaza de algunos tipos concretos de terrorismo, sobre todo, el de inspiración religiosa yihadista, aumenta día a día y se traslada del mundo oriental al occidental (Europol, 2015). De esta manera, a pesar de que la mayoría de ataques

terroristas en la UE han sido llevados a cabo tradicionalmente por grupos separatistas locales, y así sigue siendo en la actualidad, y de que existen otros tipos de terrorismo vinculados a la extrema izquierda o la extrema derecha, este tipo de acciones decrecen año tras año, mientras que el terrorismo religioso no lo hace (véase la tabla 2).

Además, esta nueva amenaza del terrorismo internacional yihadista va mucho más allá de grandes atentados como el de las Torres Gemelas y el Pentágono en Nueva York y Washington, el 11 de septiembre de 2001 (11-S), los atentados en los trenes de Madrid, el 11 de marzo de 2004 (11-M) o en el metro y un autobús en Londres, el 7 de julio de 2005 (7-J), aunque con ellos se dieron a conocer en el mundo occidental organizaciones como Al Qaeda y de la forma más macabra y espectacular posible. Gracias a la aparición de otras organizaciones, como el ISIS (*Islamic State of Iraq and Syria*), también denominado DAESH (*al-Dawla al-Islamiya al-Iraq al-Sham*), cada vez es más habitual que individuos aislados, hombres o mujeres, decidan atentar en nombre de las formas más radicales del Islam e incluso, que sean los propios ciudadanos occidentales quienes lo hagan después de haber sido reclutados por el yihadismo. Por primera vez en 2014, la UE ha sufrido un ataque terrorista realizado por un ciudadano europeo después de que éste hubiera regresado de luchar en Siria (Europol, 2015), repitiéndose este fenómeno en múltiples ocasiones a lo largo de este año 2015. Complementariamente, los ciudadanos de la UE (no combatientes) son asesinados con mayor frecuencia en países como Siria, Yemen, Afganistán o Argelia y en Siria e Iraq este autodenominado “Estado Islámico” continúa ejecutando a extranjeros, sirviéndose muchas veces de ciudadanos europeos como verdugos y filmando estas atrocidades para después realizar propaganda, a la vez que manda un mensaje de amenaza a Occidente (Europol, 2015).

Tabla 1. Ataques y víctimas del terrorismo en el mundo en el período 2005-2014 (ampliado de García-Vera et al., 2015; START, 2015)

Ataques terroristas y víctimas	Año										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012**	2013**	2014**	Promedio
Número de ataques terroristas:											
- África	253	422	835	718	853	879	978	s.d.	s.d.	s.d.	-
- Este de Asia y Pacífico	1.007	1.036	1.429	978	821	728	543	s.d.	s.d.	s.d.	-
- Europa y Asia Central	780	659	606	774	737	704	561	s.d.	s.d.	s.d.	-
- Oriente Medio	4.230	7.755	7.540	4.594	3.297	3.416	7.721	s.d.	s.d.	s.d.	-
- Sur de Asia	3.974	3.654	3.607	4.354	4.847	5.537		s.d.	s.d.	s.d.	-
- América	867	826	482	352	444	340	480	s.d.	s.d.	s.d.	-
- Mundo entero	11.111	14.352	14.499	11.770	10.999	11.604	10.283	6.771	9.707	13.463	11.456
Número de fallecidos:											
- África	875	1.643	2.187	2.987	3.239	2.137	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
- Este de Asia y Pacífico	760	854	1.119	762	678	493	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
- Europa y Asia Central	371	220	227	292	367	355	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-

Ataques terroristas y víctimas	Año										
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012**	2013**	2014**	Promedio
- Oriente Medio	8.728	13.691	14.010	5.528	4.041	3.750	9.236	s.d.	s.d.	s.d.	-
- Sur de Asia	3.017	3.609	4.737	5.826	6.269	6.172		s.d.	s.d.	s.d.	-
- América	851	556	405	370	377	279	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
- Mundo entero	14.602	20.573	22.685	15.765	14.971	13.186	12.533	11.908	17.891	32.727	17.684
Número de heridos:											
- África	662	1.162	2.633	3.918	3.878	4.539	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
- Este de Asia y Pacífico	1.745	1.238	1.714	1.573	1.167	1.328	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
- Europa y Asia Central	1.897	809	742	1.089	1.054	1.187	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
- Oriente Medio	13.525	25.811	30.880	15.820	14.245	12.781	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
- Sur de Asia	5.926	8.506	7.774	11.227	11.502	10.350	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
- América	950	688	567	497	818	480	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
- Mundo entero	24.705	38.214	44.310	34.124	32.664	30.665	25.903	21.652	32.577	34.791	31.960

Número de secuestrados:

- África	181	1.118	1.009	1.002	2.592	2.651	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
- Este de Asia y Pacífico	62	229	503	277	148	246	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
- Europa y Asia Central	35	14	89	43	4	9	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
- Oriente Medio	479	1.905	1.926	849	887	1.206	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
- Sur de Asia	33.491	12.235	1.364	2.477	6.657	1.748	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
- América	532	353	180	210	219	190	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	-
- Mundo entero	34.780	15.854	5.071	4.858	10.507	6.050	5.554	1.283	2.990	9.428	9.637
Ataques terroristas con 10 o más fallecidos	226	289	355	235	234	192	193	186	320†	561‡	279

Nota. s.d. = sin datos. Los datos de los años 2012, 2013 y 2014 proceden de los informes del START (*National Consortium for the Study of Terrorism y Responses to Terrorism* de los EE. UU.), mientras que los restantes proceden de los informes del NTCT (*National Counterterrorism Center* de los EE. UU.). A partir de 2012, el NTCT dejó de publicar estadísticas sobre ataques y víctimas del terrorismo por razones presupuestarias, pero dado que las metodologías de ambas instituciones para realizar esas estadísticas difieren, los datos de los años 2012, 2013 y 2014 no son directamente comparables con los años precedentes y, por tanto, las estimaciones de tendencias anuales o temporales se tienen que tomar con precauciones. *En los informes del NCTC sobre 2011 (NCTC, 2012a, b), los datos de Oriente Medio y Sur de Asia se recogen de forma combinada y algunos datos no aparecen desglosados por zonas del mundo.**En los informes del START sobre 2012, 2013 y 2014 (START, 2013, 2014, 2015) los datos no aparecen desglosados por zonas del mundo. †Aunque a partir del gráfico del informe START sobre 2013 (START, 2014, p. 7) se podía estimar en 291, en el informe de 2015 se menciona que en 2013 fueron el 3,3% de todos los ataques, es decir, 320. ‡En el informe se dice que el 4,4% de todos los ataques, es decir, 592, pero más adelante en el texto del informe se da la cifra de 561.

Tabla 2. Ataques y víctimas del terrorismo en la UE en el período de 2006-2014 (adaptado de EUROPOL 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015)

Ataques terroristas	Año								
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Número de ataques terroristas	498	583	441	294	249	174	219	152	199
Étnico y separatista	424	532	397	237	160	110	167	84	67
Religioso	1	4	0	1	3	0	6	0	2
Ideología izquierda radical	55	21	28	40	45	37	18	24	13
Ideología derecha radical	1	1	0	4	0	1	2	0	0
Otros*	17†	1	5	2	1	0	0	0	1
No especificado**		24	11	10	40	26	26	44	116

Nota. *En los informes EUROPOL se refieren a otros tipos de terrorismo no encuadrados en las categorías anteriores, como, por ejemplo, los actos violentos cometidos por grupos de protesta en favor de los animales. ** Esta categoría hace referencia a sucesos violentos que no han sido encuadrados en ninguna de las categorías anteriores, según el sistema judicial del país miembro en cuestión. †En el primer informe EUROPOL sobre terrorismo no se hace diferenciación entre la categoría de “otros” y “no especificado”, por lo que los datos se presentan en este trabajo de manera conjunta.

Capítulo 1: El problema del terrorismo

Por lo tanto, esta lacra que supone el terrorismo no es solamente un problema cuantitativo, sino cualitativo. En la época en la que vivimos el terror ya no corre a cuenta de unos pocos anarquistas o “antisistema” y ni siquiera se identifica con movimientos internos de cada Estado. Hoy hablamos de un terrorismo global, transnacional, que trata de provocar muerte y destrucción de forma masiva e indiscriminada y que pretende acabar con muchos de los derechos humanos más básicos en pos, en este caso, de las interpretaciones más radicales del Islam (Rodríguez Uribes, 2011).

El terrorismo es pues, un grave problema de nuestro siglo XXI y por supuesto, nuestro país, que cuenta con una de las trayectorias terroristas más importantes de la UE, no es una excepción. Durante los últimos 45 años los atentados terroristas se han saldado para España con una cifra total de 1.225 muertos, siendo la década de 1978 a 1987 (con una media de 65 fallecidos al año) y el año 2004 (con los 193 muertos en los atentados terroristas del 11-M) períodos especialmente cruentos (véase la figura 1). La mayoría de estas víctimas mortales en nuestro país han sido provocadas por el terrorismo de la banda *Euskadi Ta Askatasuna* (ETA), con 829 asesinatos y alrededor del 62% de los fallecidos como consecuencia de actos terroristas (Rodríguez Uribes, 2011). Pero también ha habido fallecidos por el terrorismo yihadista (alrededor del 20%) y el resto (alrededor de un 18%) ha sido provocado por el de otras bandas, de extrema derecha o de extrema izquierda, como el Batallón Vasco Español, la Triple A, los Grupos de Resistencia Antifascista Primero de Octubre (GRAPO) o los Grupos Antiterroristas de Liberación (GAL) (Rodríguez Uribes, 2011). Además, según el último informe de la Europol (2015), a pesar de que en el año 2014 no hubo víctimas mortales como resultado de atentados terroristas en España, en este último año se produjeron 18 incidentes relacionados con el terrorismo en nuestro país y todavía a día

de hoy existen organizaciones endémicas, como Resistência Galega o la misma ETA, que continúan operativas (Europol, 2015). En efecto, aunque en 2011 ETA anunció el “cese definitivo de la actividad armada” y a pesar de que en febrero de 2014 empezó un proceso de desarme a través de una comisión de verificación internacional, la organización terrorista más importante de España nunca ha condenado la violencia de sus actos, no se ha puesto a disposición de la Justicia y tampoco ha entregado las armas oficialmente.

Pero además, aunque en las estadísticas son sistemáticamente olvidados, a estas víctimas directas del terrorismo habría que sumarles aquellas otras conocidas como “indirectas”, que también sufrieron las consecuencias del terrorismo, y que son, por ejemplo, los miles de familiares de fallecidos o de heridos en atentados terroristas, afectados por la pérdida de sus seres queridos o por las secuelas físicas o psicológicas de éstos. Tanto es así, que el sistema judicial español no solo reconoce oficialmente como víctimas del terrorismo a las personas que han sido asesinadas, secuestradas, heridas o amenazadas en actos calificados jurídicamente como terroristas, sino también, por ejemplo, a los viudos/as, los hijos y en muchos casos los padres. Así, en España y hasta el año 2011 habían sido reconocidas como víctimas directas del terrorismo 5.795 personas, incluyendo a víctimas mortales y heridos físicos o psíquicos y alrededor de 20.000 de acuerdo a la extensión de los apoyos al entorno familiar de la víctima (Rodríguez Uribes, 2011).

Sin embargo, no solamente las víctimas directas y sus familiares sufren las consecuencias del terrorismo, sino que también lo hacen, por ejemplo, los profesionales y voluntarios de emergencia, rescate y recuperación (p. ej., personal médico, de enfermería y de ambulancias, psicólogos, bomberos, policías, trabajadores de limpieza, trabajadores de desescombros y construcción, etc.) que intervienen en la ayuda a las

Capítulo 1: El problema del terrorismo

víctimas y en la recuperación de la zona afectada, las personas residentes en áreas cercanas a los lugares de los atentados, y en definitiva, el conjunto de la sociedad, que es el objetivo último del terror.

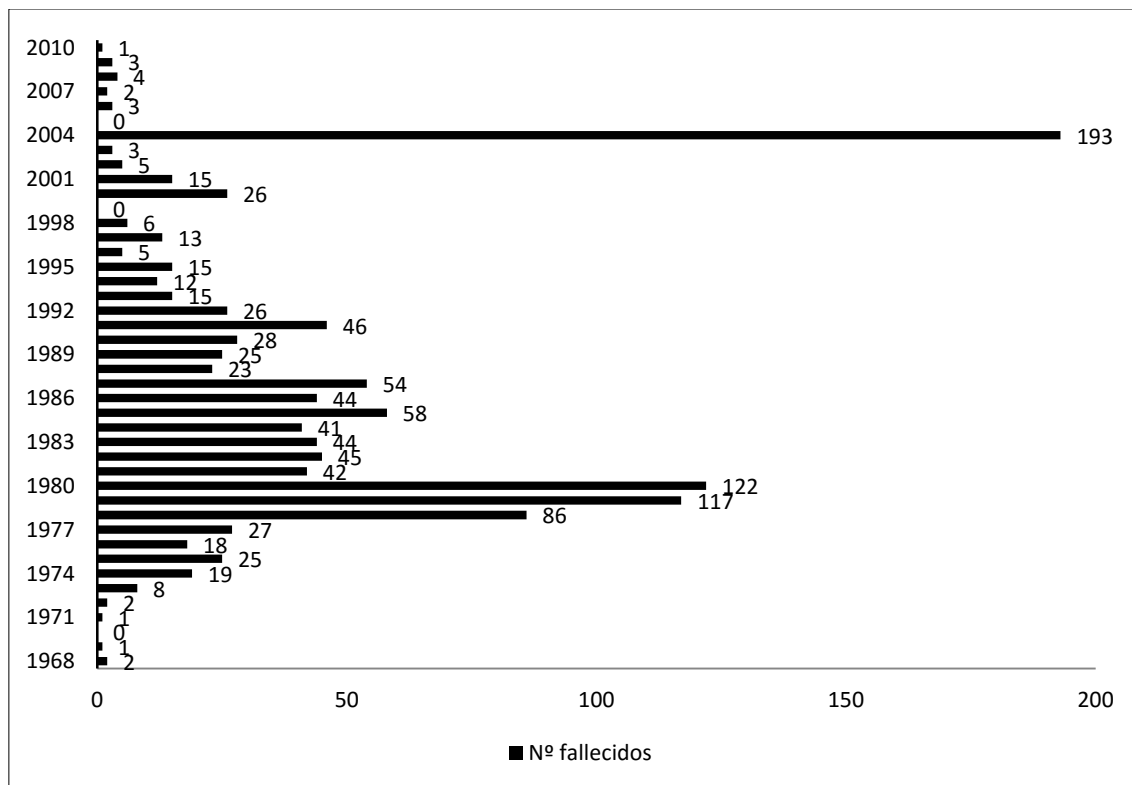


Figura 1 Número de personas fallecidas en ataques terroristas en España entre 1968 y 2010 (Fundación Víctimas del Terrorismo, 2014)

De hecho, la Real Academia de la Lengua Española, define el terrorismo como la “dominación por el terror” o la “sucesión de actos de violencia ejecutados para infundir terror”. En la misma línea, la Organización de las Naciones Unidas (Schmid, 2004) define “un acto de terrorismo” como “el equivalente en tiempos de paz a un crimen de guerra” y el Departamento de Defensa de los Estados Unidos (2010) es todavía más específico cuando define el término como “el uso ilegal de la violencia o de la amenaza de violencia para infundir miedo y coaccionar a los gobiernos o a las sociedades”.

Por tanto, el terrorismo, por definición, no se dirige contra personas concretas, sino que lo hace contra el Estado de derecho, intentando destruir, a través del terror generalizado, su sistema constitucional y democrático y sus bases de convivencia (la paz y la seguridad, en primer término). Por eso, se considera que las víctimas del terrorismo no son solo víctimas de un delito violento, sino que son víctimas de un delito mucho más grave, contra los derechos humanos.

Esta consideración de un modelo especializado, en el que las víctimas del terrorismo son cualitativamente diferentes de las víctimas de otros delitos violentos, en oposición a un modelo unificado de todas las víctimas, es la tesis que subyace a la actual legislación española en materia de terrorismo y supone un estatus que las víctimas han alcanzado tras muchos años de muerte y violencia.

Según Juan Manuel Rodríguez Uribes, antiguo Director General de Apoyo a las Víctimas del Terrorismo del Ministerio del Interior, las víctimas del terrorismo han pasado por cuatro fases en nuestro país (Rodríguez Uribes, 2011). Primero, durante los conocidos como “años del plomo” (fundamentalmente, en los años 70), ETA y otros grupos extremistas generaban decenas de víctimas cada año, que lejos de ser reconocidas, eran negadas, apartadas e incluso, denigradas, con la doble victimización que todo ello suponía.

A partir de los años 80 comenzó a generarse una segunda etapa, de “conciencia social” hacia las víctimas, sobre todo, a raíz de los atentados indiscriminados de ETA, que consolidaron la idea de que el ser víctima del terrorismo ya no era algo exclusivo de guardias civiles, militares o policías, sino que cualquiera podía sufrir directamente las consecuencias del terror. En correspondencia, a principios de esta década aparecen varias leyes y decretos ley en las que se empiezan a conceder los primeros reconocimientos en forma de indemnizaciones económicas. El Real Decreto Ley

Capítulo 1: El problema del terrorismo

3/1979, de 26 de enero, de Protección de la Seguridad Ciudadana, declaró por primera vez indemnizables los daños sufridos a consecuencia del fenómeno terrorista, precepto que fue desarrollado reglamentariamente por el Real Decreto 484/1982, de 5 de marzo, aunque en ese momento las indemnizaciones se limitaban solamente a los casos de fallecimientos y lesiones corporales y dependían del nivel de renta de las víctimas. Posteriormente, la Ley Orgánica 9/1984, de 26 de diciembre, contra la Actuación de Bandas Armadas y Elementos Terroristas, y su Reglamento, aprobado por el Real Decreto 336/1986, de 24 de enero, dotaron de una base objetiva al sistema de ayudas. Además, fue en esta época cuando aparecieron las primeras asociaciones de víctimas del terrorismo, en concreto, la AVT, que se fundó en 1981 y que hoy en día es la asociación de víctimas con más asociados de España.

La tercera fase comenzaría a finales de los 80 y principios de los 90, con un aumento de la conciencia social y de las iniciativas reparadoras del Estado. Aparecen entonces, las primeras pensiones extraordinarias (vitalicias, no tributables, compatibles con el trabajo y actualizadas progresivamente) para víctimas del terrorismo. Destacaron en este sentido las normativas de pensiones extraordinarias por terrorismo de 1987 y 1992 (para el régimen de clases pasivas) y de 1990, 92 y 94 (para el régimen de seguridad social). Estas normativas desembocaron en la Ley 13/1996, de 30 de diciembre de Medidas Fiscales y del Orden Social, que, completada con la Ley 66/1997, de 30 de diciembre, recogió el régimen ordinario de indemnizaciones (régimen que hoy día sigue siendo el soporte económico fundamental de las víctimas), amplió las ayudas económicas (por primera vez, se crearon las ayudas al estudio y de asistencias psicológicas y se habilitó un régimen de subvenciones a las asociaciones de víctimas) e impulsó la asistencia integral e individualizada de las víctimas del terrorismo.

Sin embargo, esta tercera fase, que el profesor Rodríguez Uribes llama de “solidaridad con las víctimas” realmente culminó con la Ley 32/1999, de 8 de octubre, en la que se asumió que el papel del Estado para con las víctimas no era de compasión o de generosidad, sino de solidaridad, en tanto en cuanto ellas eran tan solo las víctimas materiales de delitos contra los derechos humanos de todos. Por eso, en esta ley, el Estado asumió obligatoria aunque subsidiariamente (cuando no es posible que lo haga el condenado directamente) la responsabilidad civil derivada del delito, asegurando en todo caso que las víctimas percibieran sus indemnizaciones, aún en el caso en que los victimarios no fueran detenidos o lo fueran pero fueran también considerados insolventes.

Los derechos de las víctimas se completaron durante la cuarta fase que coincidió con la primera década del siglo XXI y especialmente, después de los atentados del 11 de marzo de 2004 en Madrid. Más allá de otras ampliaciones en las compensaciones económicas a víctimas del terrorismo (como las de la Ley 24/2001 o el Real Decreto de 288/2003), en este momento aparecieron organismos especializados para la atención a víctimas. Se creó, entonces, la oficina de víctimas del Gobierno Vasco, el Alto Comisionado del Gobierno de España y, como continuación de éste, la primera Dirección General de Apoyo a Víctimas del Terrorismo, a partir de 2006, en el Ministerio del Interior. Se contaba, igualmente, con un Fiscal Especial para Víctimas del Terrorismo en la Audiencia Nacional y apareció la Fundación Víctimas del Terrorismo, una entidad en la que participaban numerosas asociaciones de víctimas y que todavía a día de hoy desempeña una labor asistencial y de conciencia social vital, dando a los colectivos de víctimas una mayor visibilidad.

La aprobación del Plan de Derechos Humanos por el Gobierno de España (diciembre de 2008), que incluía a las víctimas del terrorismo, ratificó la idea de

Capítulo 1: El problema del terrorismo

solidaridad, que ya se había avanzado de forma pionera en España con la Ley de 1999 y que después también recogió el Consejo Europeo (en su directriz de 2 de marzo de 2005) e incluso, la Asamblea General de la ONU en su Resolución de diciembre de 2005 sobre *Protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales en la lucha contra el terrorismo*, en la que se dijo textualmente que “los actos, métodos y prácticas terroristas en todas sus formas y manifestaciones, son actividades orientadas a la destrucción de los derechos humanos, las libertades fundamentales y la democracia” (ONU, 2005). Además, como parte de la Estrategia global de la ONU contra el terrorismo, aprobada por unanimidad por los Estados Miembros en 2006, el 9 de septiembre de 2008, el Secretario General de las Naciones Unidas convocó en Nueva York el primer Simposio sobre el apoyo a las víctimas del terrorismo internacional, donde el objetivo era dirigir la atención, ya no tanto a los victimarios como a las víctimas, para asegurar que sus voces fueran oídas y luchar así contra la deshumanización que facilita todas las formas de terrorismo.

Todo este caldo de cultivo sirvió para generar la Ley 29/2011 de Reconocimiento y Apoyo Integral a las Víctimas del Terrorismo, que es la legislación vigente en nuestro país. Esta ley está basada fundamentalmente, en los valores de memoria, dignidad, verdad y justicia para con las víctimas y busca no solo su indemnización sino su reparación y apoyo integrales. En materia de indemnización se mantiene lo establecido en las leyes de 1996 y 1999, aunque se actualiza siguiendo un principio de igualdad entre las víctimas, que garantiza un mínimo y un máximo indemnizatorio común para todas ellas, que aplica los nuevos baremos de forma retroactiva, para todos las víctimas que desde 1960 hubieran cobrado cantidades indemnizatorias menores y que incluye a otras figuras de víctimas que hasta ese momento no se habían tenido en cuenta, como los amenazados o los españoles a los que

se ha atentado fuera de España y de la Unión Europea, con independencia de que sus atentados fueran dirigidos contra intereses españoles o realizados por bandas que operaban habitualmente en España (Ley 29/2011). En cuanto a reparación judicial, además de la imprescriptibilidad de los delitos de terrorismo más graves y la aplicación sistemática de las penas accesorias de alejamiento, incluyendo nuevas tipificaciones de delito, como las de humillación a las víctimas, que se contemplaban en el Código Penal, se consagra el principio de “mínima lesividad” en el desarrollo del proceso penal, de manera que ninguna víctima se vea obligada a mantener contacto directo con los imputados o acusados, con el fin de erradicar la victimización secundaria, y se prevé la creación de una oficina de apoyo a las víctimas en la Audiencia Nacional. En respuesta a la reparación de su dignidad, se establecen actos, símbolos, monumentos, condecoraciones y honores públicos para las víctimas del terrorismo, como la Real Orden de Reconocimiento de las víctimas del terrorismo que se otorga, con el grado de Gran Cruz, a título póstumo, a los fallecidos en actos terroristas, y, con el grado de Encomienda, a los heridos y secuestrados en actos terroristas. La ley también dedica un capítulo al papel de los medios de comunicación en caso de atentado terrorista. Por último, en la ley se reconoce la necesidad de proveer atención psicosocial a las víctimas y sus familiares y se insta a la creación de un plan de formación especializado de los profesionales sanitarios para abordar la atención y tratamiento de las víctimas, que deberá ser considerado de manera integrada e integral en el sistema Nacional de Salud, tanto a corto como a largo plazo.

A pesar de que muchas de estas medidas ya han trascendido el papel y se aplican de manera cotidiana en la actualidad (así aparece recogido en el Real Decreto Real Decreto 671/2013), otras no y, en concreto, la atención psicosocial a las víctimas del

terrorismo durante estos años ha sido escasa y no fácilmente accesible y todavía hoy no existen esos planes integrados e integrales de atención que aparecen recogidos en la ley.

En este siglo XXI, que es también el tiempo de las víctimas, que es el siglo donde su condición y su estatus ha sido reconocido sin ambages por el conjunto de la sociedad y por los organismos de Estado, la atención psicológica a víctimas del terrorismo continúa siendo muy deficiente, a pesar del reconocimiento explícito que los organismos oficiales e incluso, la jurisprudencia al respecto, han hecho de la importancia de las consecuencias psicológicas producidas por atentados terroristas. En este siglo XXI, tiempo de terrorismo pero también tiempo de víctimas, las consecuencias psicológicas derivadas de este problema, que se examinarán a continuación, siguen siendo una asignatura pendiente.

1.2 Consecuencias psicopatológicas del terrorismo

Paralelamente al reconocimiento que han ido teniendo las víctimas del terrorismo con el paso de los años, las secuelas psicológicas y no solo físicas, que se producen después de vivir un atentado terrorista también han ganado en consideración y su importancia es reconocida hoy en día por todos, incluso, por la legislación vigente en nuestro país, tal y como se ha comentado en el apartado anterior. Si tenemos en cuenta, además, que, por definición, el objetivo último del terrorismo es inspirar terror en las personas, en las sociedades y por ende, en los gobiernos que deberían velar por ellas, las consecuencias psicopatológicas de las personas que sufren atentados terroristas pasan a ocupar un primer plano y su atención se convierte, casi, en un asunto de Estado.

A pesar de su importancia, la literatura científica sobre las secuelas psicológicas del terrorismo habitualmente ha estado englobada en la literatura más general sobre las

consecuencias psicopatológicas de acontecimientos traumáticos (p. ej., violaciones, maltrato físico, abuso sexual, accidentes de automóvil, robo con violencia), especialmente, en la que hace referencia a la psicología de desastres (p. ej., guerras, accidentes graves de tren, avión o barco, riadas, incendios, terremotos), incluso, cuando en esa misma literatura aparece de manera consistente una premisa: que los eventos traumáticos producidos intencionadamente por el hombre, como la tortura, el abuso o los atentados terroristas, son psicológicamente más dañinos que los que son producidos por la naturaleza o el azar, especialmente, si son prolongados y repetidos (Neria, Nandi, y Galea, 2008; Norris, Friedman, Watson, Byrne, y et al, 2002)

Por eso, y aunque existen referencias específicas anteriores (Curran, 1988) no ha sido hasta hace apenas 15-20 años que se han desarrollado investigaciones sistemáticas sobre el tema y cuando lo han hecho, se han centrado en un número muy limitado de atentados, especialmente los ataques masivos cometidos en países desarrollados de occidente (p. ej., el atentado del 19 de abril de 1995 en Oklahoma, el del 15 de agosto de 1998 en Omagh, Irlanda del Norte, los del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington DC, los del 11 de marzo de 2004 en Madrid o los del 7 de julio de 2005 en Londres). De hecho, los atentados del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York y Washington DC supusieron un punto de inflexión en la investigación sobre las repercusiones psicopatológicas del terrorismo.

Sin embargo, tal y como se describía anteriormente, estos atentados representan solo una pequeña parte del dramático problema que nos ocupa. Por tanto, lo primero que hay que conocer sobre la investigación acerca de las consecuencias psicopatológicas del terrorismo es que es relativamente reciente y que, a priori, podría tener problemas en la generalización de sus resultados, puesto que está sesgada hacia los atentados terroristas masivos que se han producido en países desarrollados, cuando,

paradójicamente, los actos terroristas que ocurren en otros países menos favorecidos representan, con mucha diferencia, el porcentaje más importante de este gravísimo problema.

Sin dejar de tener en cuenta esta limitación, en los últimos años la investigación sobre las repercusiones psicopatológicas de los atentados terroristas ha crecido rápida y fructíferamente, de manera que actualmente existe un corpus sólido de conocimiento empírico que ha permitido la realización de varias revisiones narrativas y metaanalíticas, como por ejemplo, las de DiMaggio y Galea, (2006) y García-Vera y Sanz (2015) para el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y las de DiMaggio y Galea (2006), DiMaggio, Galea, y Li (2009), García-Vera y Sanz (2010) y Salguero, Fernández-Berrocal, Iruarrizaga, Cano-Vindel y Galea (2011) para otro tipo de psicopatologías (véase la tabla 3).

A pesar de que existe una gran heterogeneidad entre estas revisiones y entre los estudios que cada una de ellas aglutina, los resultados que se desprenden al considerarlas a todas en su conjunto nos permiten sacar tres conclusiones generales. En primer lugar, que, aunque la mayoría de las personas que han sido víctimas de atentados terroristas no desarrollan trastornos psicológicos, tras un atentado, existe un porcentaje significativo de personas afectadas por el TEPT (DiMaggio y Galea, 2006; García-Vera y Sanz, 2015) y esto ocurre tanto para las víctimas directas como para las llamadas víctimas “indirectas”.

Respecto a las primeras, según el meta análisis de DiMaggio y Galea (2006) la prevalencia media del TEPT en 8 estudios sobre supervivientes fue del 18% (véase la tabla 3). En la revisión de García-Vera y Sanz (2015), que actualizó este metanálisis, la media ponderada (según tamaño muestral) de otros cinco estudios fue del 39,9% (véase la tabla 3), por lo que, estos mismos autores, adoptando una postura conservadora,

concluyeron que la prevalencia media del TEPT en supervivientes de atentados terroristas se situaba entre un 18 y un 40% (García-Vera y Sanz, 2015). Sin embargo, es importante tener en cuenta que los criterios temporales de estas dos revisiones fueron muy diferentes, situándose entre los 6 meses y los 5 años de ocurrir el atentado en el caso del meta análisis de DiMaggio y Galea, (2006) y entre 3 y 6 meses, según la revisión de García-Vera y Sanz (2015), por lo que los resultados deberán ser considerados con cautela (véase la tabla 3). En cualquier caso, también es importante resaltar que ambos porcentajes fueron superiores a las cifras de prevalencia del TEPT que los propios DiMaggio y Galea (2006) encontraron para la población general después de un atentado (10,9%) y mayores también si se calcula la media ponderada de las prevalencias obtenidas en la revisión de García-Vera y Sanz (2015) para la población general (10,5%; cálculo propio), en especial, si solo se tienen en cuenta los porcentajes de los estudios sobre el 11-M (Gabriel et al., 2007; Miguel-Tobal, Cano Vindel, Iruarrizaga, González Ordi y Galea, 2004; Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2006) cuya media ponderada es de un 4,3% (véase la tabla 3). Todos estos porcentajes, incluidos estos últimos del 11-M, supusieron cifras superiores a la prevalencia a un año de TEPT para la población general, que fue de 0,5% según un estudio llevado a cabo en España antes de los atentados de marzo de 2004 (Haro et al., 2006)

Pero las consecuencias psicopatológicas no son algo exclusivo de las víctimas directas, sino que, por desgracia, muchas otras personas sufren el impacto del terror, aunque el hecho de no estar *in situ* en el momento en que ocurrió el atentado las convierta en víctimas indirectas. Por ejemplo, DiMaggio y Galea, (2006) encontraron que los miembros de equipos de rescate y emergencia después de trabajar en el escenario de atentados terroristas, sufrían TEPT en un 16,8% de las ocasiones, un porcentaje que, aunque era menor que el obtenido por el subgrupo de víctimas

supervivientes (18%), se situaba también por encima de la prevalencia tras atentados en población general (10,9%) (véase la tabla 3). Sin embargo, los resultados de DiMaggio y Galea (2006) estaban basados solamente en dos estudios: uno sobre el 11-S (CDC, 2004) y otro sobre las bombas de Oklahoma (North et al., 2002). Cuando se le añadieron 6 estudios más, según la revisión de García-Vera y Sanz (2015), el porcentaje ponderado de TEPT en profesionales y voluntarios de emergencias, asistencia, rescate y recuperación fue aproximadamente del 12%. También en este caso, cifras más altas que las de la población general (10,9%, en DiMaggio y Galea, 2006 y 10,5% calculado para García-Vera y Sanz, 2015), aunque tan solo a uno o dos puntos porcentuales de distancia (véase la tabla 3). De hecho, en los dos estudios con profesionales y voluntarios de emergencias y servicios de asistencia (policía, bomberos, médicos, enfermeras y psicólogos) del 11-M solo el 1,2-1,3% tenían TEPT (Gabriel et al., 2007; Miguel-Tobal et al., 2004), lo cual suponía porcentajes menores, incluso, que los obtenidos para la población general en ambas revisiones, aunque todavía mayores que el del 0,5% de la población española antes del atentado (Haro et al., 2006). Según García-Vera y Sanz (2015) la diferencia entre los porcentajes de DiMaggio y Galea (2006) y los suyos propios podrían deberse en primer lugar, a la heterogeneidad de la categoría de víctimas intervinientes, que incluye a algunos colectivos (como el personal de emergencias, la policía, los bomberos y los servicios de salud) con porcentajes más bajos de psicopatología que otros (el personal de recuperación, limpieza y construcción). En segundo lugar, las diferencias podrían deberse a las características particulares de los atentados tenidos en cuenta por una revisión o por otra. En los atentados del 11-S y de las bombas de Oklahoma (considerados en el meta análisis de DiMaggio y Galea, 2006) hubo un nivel mucho mayor de destrucción material, de heridos y de fallecidos (incluidos los propios miembros del personal de emergencias)

que en el 11-M, de manera que este colectivo no solamente fue interviniente sino que también estuvo directamente afectado por la tragedia. Además, el personal de emergencias tuvo en estos atentados mucho más tiempo de trabajo en la “zona cero”, existiendo una relación positiva entre el número de días que los trabajadores dedicaron a sus tareas y la presencia de TEPT (North et al., 2002).

Por último, es fundamental mencionar al grupo de familiares y allegados de heridos y fallecidos en atentados terroristas, pues, a pesar de la repercusión obvia que tienen en ellos los ataques cometidos contra sus seres queridos, son los grandes olvidados en la literatura específica sobre las consecuencias psicopatológicas derivadas del terrorismo. De hecho, en el metaanálisis de referencia de DiMaggio y Galea (2006), ni siquiera se les menciona. Para intentar compensar este vacío, en la revisión sistemática de García-Vera y Sanz (2015) se incluyó esta población y, tras analizar los tres estudios en los que aparecían, dos del 11-M (Fraguas et al., 2006; Miguel-Tobal et al., 2004) y el otro sobre un ataque en Israel (Gil y Caspi, 2006), encontraron que entre 1 y 6 meses después de los atentados existía entre los familiares y amigos de heridos y fallecidos una prevalencia ponderada de TEPT del 27,6%, porcentaje que estaba muy por encima del de la población general de la comunidad (10,9% o 10,5%), que fue más alto que el del personal de emergencias y rescate (16,8% o 12%) y que se encontraba a niveles muy similares a los de las víctimas directas (18% o 40%) (véase la tabla 3). Además, el grupo de familiares y amigos que sufrieron la pérdida de un ser querido merece especial consideración porque, a menudo, y así lo refleja la literatura sobre el tema, presentan otros problemas psicopatológicos, especialmente la depresión o el duelo complicado, que muchas veces son comórbidos al TEPT (García-Vera et al., 2010).

Al hilo de lo anterior, una segunda conclusión que puede sacarse de la revisión de la literatura sobre las consecuencias psicopatológicas de haber vivido un atentado

terrorista es que, aunque el TEPT es el trastorno mental más frecuente entre las víctimas del terrorismo y, por tanto, el que más atención ha recibido por parte de la comunidad científica, tras un atentado terrorista pueden aparecer, de manera comórbida o no, una gran variedad de síntomas psicopatológicos y trastornos mentales diagnosticables, entre los que destacan el trastorno depresivo mayor (TDM), la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el trastorno de angustia y el consumo desadaptado de alcohol y otras sustancias (DiMaggio et al., 2009; García-Vera y Sanz, 2010; Salguero et al., 2011) En este sentido, en su revisión de 2010 sobre los trastornos depresivos y otros trastornos de ansiedad distintos al TEPT, García-Vera y Sanz, encontraron que tanto las víctimas directas como las indirectas desarrollaban un porcentaje también significativo de trastornos depresivos y de ansiedad, aunque, teniendo en cuenta los trastornos ansioso-depresivos en su conjunto, las víctimas directas tenían porcentajes mayores de prevalencia (entre un 7-34%), que la población general afectada (entre un 2-11%) y también mayores que otras víctimas indirectas, como el grupo de intervinientes, (entre un 1-9%), cuyas tasas de prevalencia eran menores, incluso, que las de la población general (véase la tabla 4).

En su revisión sobre el trastorno depresivo mayor en víctimas del terrorismo Salguero et al. (2011) estimaron que el riesgo de sufrir este trastorno era superior en las víctimas directas, con un 20-30% de prevalencia, que en las indirectas, con un 4-10%, obteniéndose una media ponderada del 22,37% (cálculo propio) para las primeras y de aproximadamente 9% para los segundas (véase la tabla 4). Sin embargo, en esta revisión, la categoría de “víctimas directas” incluía tanto a supervivientes de atentados como a los familiares y amigos de heridos y fallecidos, lo cual, aunque pertinente, podría enmascarar la distribución de los datos. De hecho, en la ya mencionada revisión de García-Vera y Sanz (2010), cuando se consideraban los trastornos depresivos de

manera aislada, eran los familiares y allegados de fallecidos y heridos en los atentados quienes tenían porcentajes de prevalencia más altos (47,7%), mayores incluso que los de la población de supervivientes (33,9%) y desde luego, superiores a los de la población general (9,1%) (véase la tabla 4). En este caso, sin embargo, el personal de emergencias y rescate era el que menor prevalencia de trastornos depresivos tenía, con un 8,6% de los casos (véase la tabla 4), debido, quizás, a que, como ocurría para el TEPT, los porcentajes de prevalencia en los estudios del 11-M (Gabriel et al., 2007; Miguel-Tobal et al. 2004) eran mucho menores que los de los estudios de otros atentados como el de Oklahoma o el 11-S (North, 2002; Stellman et al., 2008) donde las cifras de intervinientes con depresión sí superaban a la población general. En cualquier caso, todos los porcentajes de víctimas fueron superiores a los obtenidos en el estudio de Haro et al., (2006) sobre la población española antes de los atentados de marzo de 2004 en Madrid, pues la prevalencia de los trastornos depresivos entonces fue del 3,9%.

Por su parte, las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad eran más bajas que las de la depresión mayor, pero también significativas. En la revisión de García-Vera y Sanz (2010), aunque no se encontraron estudios específicos sobre la prevalencia de trastornos ansiosos en familiares y amigos de heridos y fallecidos en atentados terroristas, sí se obtuvieron estimaciones sobre la prevalencia de agorafobia, trastorno de pánico y ansiedad generalizada en supervivientes y otras víctimas indirectas, aunque estos resultados deben interpretarse, una vez más, con precaución, puesto que en algunas poblaciones solo había un estudio de referencia (para la población general, Gabriel et al., 2007) Así, el trastorno de agorafobia, el más frecuente de los trastornos de ansiedad distintos al TEPT, aparecía en un 19,8% de las ocasiones dentro del grupo de supervivientes, una cifra que era superior a la obtenida para la población general, que fue del 10,5% (véase la tabla 4) y muy superior a la de la

prevalencia anual del estudio de Haro et al., (2006) que se encontraba en un 0,3%. Sin embargo, otras víctimas indirectas como el personal de emergencias y rescate presentaron prevalencias mucho más pequeñas, del 0,7%, también con diferencias importantes entre los estudios del 11-M y del 11-S. En el trastorno de pánico las víctimas directas, con una prevalencia del 6,1%, presentaban un porcentaje más alto que las víctimas indirectas y esta vez sí, también el grupo de intervinientes, con un porcentaje del 4,9%, tenía una tasa de prevalencia del trastorno de pánico superior a la de la población general antes y después de los atentados, del 0,6% (Haro et al., 2006) y el 2,1% respectivamente (véase la tabla 4). En el caso del TAG, sin embargo, el porcentaje de prevalencia del 8,6% en la población general fue mayor que el del personal de emergencias y rescate (0,9%) e incluso, que el de la muestra de supervivientes (6,9%), invirtiéndose para esta patología el orden habitual de las cosas (véase la tabla 4). A pesar de ello, todos los porcentajes de víctimas superaron la tasa de prevalencia anual de la población española antes de los atentados del 11-M, que para la ansiedad generalizada fue del 0,5% (Haro et al., 2006)

Aunque la comorbilidad con los trastornos depresivos y los de ansiedad ha sido la más frecuentemente analizada en los estudios sobre víctimas del terrorismo, también otras patologías, como las relacionadas con el consumo de sustancias, han merecido la atención de algunos expertos. En su meta análisis DiMaggio et al., (2009) estudiaron los cambios en el consumo de sustancias en víctimas del terrorismo, a través de la revisión de 31 estudios en los que se presentaban resultados cuantificables sobre el consumo de alcohol, de tabaco y de la mezcla de varias sustancias (entre las que se incluían tanto los narcóticos como los medicamentos prescritos por personal facultativo). Según los resultados obtenidos, este equipo de investigación concluyó que, una vez controladas variables como el grado de exposición al atentado, el tipo de incidente terrorista y el

tiempo que había pasado desde que el atentado había ocurrido, la prevalencia de la población con un consumo incrementado de alcohol, dos años después del atentado, fue de un 7,3%, la del consumo incrementado de tabaco fue del 6,8% y la de la mezcla de sustancias, de 16,3%. Aunque en este estudio no se establecieron tasas de prevalencia de trastornos por consumo de sustancias formales (abuso o dependencia), los autores concluyeron que la proporción de población que informaba de un uso inadecuado, al menos del alcohol, tras su exposición al terrorismo era más alta que la expresada por los porcentajes de abuso y dependencia de esta sustancia en la población general de EEUU, que tenían una prevalencia de 4,6% y 3,8%, respectivamente, según el *National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism*. Por otro lado, también es importante resaltar que en este metaanálisis no se hacía diferenciación alguna entre víctimas directas e indirectas, a pesar de que los mismos autores resaltaban la importancia que la variable del grado de exposición al trauma podría tener en los resultados y que mencionaban estudios como el de Gaher, Simons, Jacobs, Meyer, y Johnson-Jimenez, (2006) donde el grupo de jóvenes trabajadores de la Cruz Roja que intervinieron en los atentados del 11-S en Nueva York mostraron una mayor probabilidad de incrementar su consumo de alcohol como respuesta a la situación traumática.

Pero esta primera y segunda conclusiones sobre las consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas mencionadas hasta ahora, es decir, la presencia de TEPT y de otras patologías entre las víctimas de atentados terroristas, no suponen compartimentos estancos, sino que, al contrario, están íntimamente relacionadas, porque la presencia de trastornos depresivos, de otros trastornos de ansiedad distintos al TEPT e incluso, del consumo de sustancias, ocurre en muchas ocasiones de manera simultánea o comórbida con éste, especialmente en las víctimas que buscan o reciben ayuda psicológica. En particular, es muy frecuente la presencia

simultánea de TEPT y TDM. Por ejemplo, Gillespie, Duffy, Hackmann, y Clark, (2002) informaron que entre las víctimas con TEPT crónico que participaron en un estudio abierto sobre terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para víctimas del terrorismo en el Irlanda del Norte, un 54% padecía simultáneamente otro trastorno clínico del eje I, fundamentalmente trastorno depresivo mayor (47,3%) y en otro estudio experimental sobre dicha terapia y con la misma población (Duffy, Gillespie, y Clark, 2007) se encontró que un 63,8% de las víctimas del terrorismo con TEPT crónico padecía además TDM. Además, como ya se mencionaba anteriormente, en el grupo específico de familiares o amigos de fallecidos o heridos en atentados terroristas, donde el trastorno depresivo es más prevalente, esta comorbilidad se hace especialmente visible. Así, en otra muestra de 70 personas que recibieron consejo psicológico individual en el programa *Project Liberty*, después de los atentados del 11-S y que dijeron haber perdido a algún ser querido en el atentado se encontró que aproximadamente un año y medio después de los ataques, el 18,5% presentaban simultáneamente TEPT, TDM y duelo complicado, otro 8,6% presentaron TEPT y depresión mayor, un 5,7% TEPT y duelo complicado y otro 5,7% solo TEPT (Shear, Jackson, Essock, Donahue, y Felton, 2006) De hecho, es probable que muchos de estos casos de duelo complicado o patológico formen parte de la categoría conocida como “duelo traumático” propuesta por Prigerson et al., (1999) según la cual, tras la muerte de un ser querido, pueden aparecer conjuntamente síntomas de malestar por separación (p. ej., añoranza, búsqueda del fallecido, soledad excesiva como resultado de la pérdida) y síntomas de malestar traumático (p. ej., pensamientos intrusivos sobre el fallecido, dificultad para aceptar la realidad de la muerte, sensación de futilidad respecto al futuro, aturdimiento y paralización, pérdida de la sensación de seguridad y de la confianza en los demás).

Por otro lado, aunque en el meta análisis de DiMaggio et al., (2009) no se hace referencia explícita a la comorbilidad entre trastornos, en sus conclusiones vinculan el consumo de sustancias a la presencia de otros trastornos ansioso-depresivos, para explicar, por ejemplo, que el consumo incrementado de alcohol y otras sustancias podría ser una estrategia de relajación o incluso, de afrontamiento del estrés y de otras emociones negativas asociadas (véase Gilbert, Robinson, Chamberlin, y Spielberger, 1989, para una explicación documentada en la conducta de fumar). Asimismo, también mencionan el hecho de que las personas con trastornos de ansiedad podrían tener síntomas de abstinencia más exacerbados, sobre todo, irritabilidad y nerviosismo (Beckham et al., 1996) y que, complementariamente, estas personas con trastornos de ansiedad podrían usar las drogas para auto medicarse (Stewart, Pihl, Conrod, y Dongier, 1998) Incluso, añaden que, una vez desarrollada una psicopatología, el uso de sustancias podría exacerbar los síntomas derivados del trauma, lo cual, interferiría en la resolución de las experiencias traumáticas y funcionaría como un mantenedor de la psicopatología.

En tercer y último lugar, la revisión de la literatura sobre las consecuencias psicopatológicas muestra que, aunque en la mayoría de los casos, los trastornos que aparecen después de vivir una atentado terrorista pierden fuerza con el tiempo, en muchos otros el curso es crónico (Morina, Wicherts, Lobbrecht, y Priebe, 2014).

Efectivamente, es muy común que en los días siguientes a los ataques terroristas, muchas de las víctimas directas e indirectas experimenten una serie de síntomas de estrés, que habitualmente, se han agrupado en las siguientes cinco categorías: 1) síntomas de reexperimentación persistentes; 2) evitación de los estímulos asociados con el ataque; 3) síntomas disociativos; 4) embotamiento emocional; 5) incremento de la activación ansiosa (García-Vera y Sanz, 2015). En la mayoría de estas personas estos síntomas serán de una intensidad moderada o leve y los mecanismos de recuperación

Capítulo 1: El problema del terrorismo

psicológica natural permitirán que la gente los supere sin gran dificultad. De hecho, estas respuestas emocionales, aunque aparezcan de manera intensa, se consideran hoy por hoy como parte de un proceso de recuperación normal (McNally, Bryant, y Ehlers, 2003; Vázquez et al., 2006). La capacidad de adaptación del ser humano, incluso, en situaciones extremas, ha sido ampliamente estudiada y hoy en día el término de “resiliencia”, que hace referencia a este concepto, (Allmedom y Glandon, 2007; Hoge, Austin, y Pollack, 2007) se utiliza cotidianamente en la literatura científica sobre el trauma, incluso, en la del trauma específicamente asociado al terrorismo (Bonanno, Galea, Bucciarelli, y Vlahov, 2006). De hecho, DiMaggio y Galea (2006) estimaron, a través del análisis de 18 estudios transversales, que la prevalencia del TEPT en las víctimas del terrorismo (directas o indirectas) era a los dos meses del ataque terrorista del 15,9%, a los 6 meses del mismo, del 14,2% y al año, de 12,3%, disminuyendo un 25% en total durante todo ese tiempo (véase la tabla 3).

Sin embargo, esto no ocurre así en todos los casos. En un meta análisis de Morina et al., (2014) sobre la remisión espontánea del TEPT en diferentes situaciones traumáticas, se revisaron 10 estudios sobre atentados terroristas y se encontró que en ellos, la tasa de remisión después de una media de 3,7 años, fue tan solo del 54,6%, con tasas incluso, más bajas en las víctimas directas. En la revisión de García-Vera y Sanz (2010) se encontraron resultados similares cuando se examinaron estudios de prevalencia longitudinales sobre el 11-M referidos a los diferentes grupos de víctimas del terrorismo. Al igual que en DiMaggio y Galea, (2006) encontraron que a los 6-9 meses del atentado, tanto en la población general como en el personal de emergencias y asistencia, se dio una reducción importante del TEPT (de 2,3 a 0,4%, y de 1,2 a 0% respectivamente) (véase la tabla 3), de manera que tras ese tiempo, la prevalencia en estos dos grupos indirectos de víctimas fue similar a la prevalencia anual de este

trastorno en la población española antes de los atentados del 11-M (0.5%; Haro et al., 2006) Sin embargo, entre los amigos y los familiares de fallecidos o de heridos en los atentados del 11 de marzo los resultados fueron contradictorios, de manera que en un estudio (Miguel-Tobal et al., 2004), a los 6-9 meses, hubo una reducción significativa de la prevalencia del TEPT (de 28,2% a 15,4%), mientras que en otro (Fraguas et al., 2006), los porcentajes se mantuvieron prácticamente iguales (de 34% a 31,3%) (véase la tabla 3). Además, en el único estudio longitudinal sobre heridos en atentados, Conejo-Galindo et al., (2008) encontraron que había reducción de la prevalencia del TEPT con el tiempo pero que ésta aparecía más lentamente. Así, a los 6 meses de los atentados del 11-M, la prevalencia (34,1%) era prácticamente la misma que la que se obtuvo al mes de los ataques (35,7%) y solo al año apareció una reducción significativa, llegando la prevalencia al 28,6% (véase la tabla 3). Por eso, tanto para las víctimas directas como para los familiares de víctimas directas la prevalencia de TEPT a los 6-9 meses o incluso, un año después de los ataques, era mucho más alta que la habitual en la población general española (0,5%; Haro et al., 2006)

En lo que se refiere a otros trastornos distintos al TEPT también se encuentran resultados contradictorios. En la revisión de Salguero et al. (2011) los datos sobre el curso del trastorno depresivo de dos estudios longitudinales eran opuestos. En el primero, llevado a cabo por North (2001), sobre los atentados de Oklahoma, encontraron que un 50% de las personas que sufrían TDM a los 6 meses después de los ataques todavía seguía deprimida un año después (véase la tabla 4). Sin embargo, en otro estudio sobre el 11-M (Conejo-Galindo et al., 2008) encontraron que la reducción del TDM a los 6 meses no llegaba al 20% en el caso de los supervivientes heridos (de 28,6% a 22,7%) y que, incluso, al año, era comparable al porcentaje de personas con trastorno en el mes inmediatamente posterior a los ataques (véase la tabla 4).

Tabla 3. Prevalencia a corto y largo plazo del TEPT tras ataques terroristas en función del tipo de víctima

Referencia	Procedimiento/muestra	Momento de evaluación tras el atentado	Medida	Prevalencia del TEPT	Prevalencia a largo plazo*
Víctimas directas					
DiMaggio y Galea, 2006	Meta análisis de 8 estudios de varios ataques terroristas	Entre 6 meses y 5 años (3 estudios con tiempo indeterminado)	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	18%	2 meses después: 16% 6 meses después: 14% 12 meses después: 12%†
García-Vera y Sanz, 2015*	Revisión narrativa de 5 estudios (11-M, y otros atentados masivos y trauma crónico en Oriente Medio)	Entre 1 y 6 meses	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	39,9%	1 mes después: 35,7% 6 meses después: 34,1% 12 meses después: 28,6%
Víctimas indirectas: Intervinientes					
DiMaggio y Galea, 2006	Meta análisis de 2 estudios (11-M y Oklahoma)	Entre 1 y 5 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	16,8%	2 meses después: 16% 6 meses después: 14% 12 meses después: 12%†
García-Vera y Sanz, 2015*	Revisión narrativa de 8 estudios (11-M y 11-S)	Entre 1 mes y 5 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	12%	1 mes después: 1,2% 6-9meses después: 0%

Víctimas indirectas: Familiares y amigos de heridos y fallecidos					
DiMaggio y Galea, 2006	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
García-Vera y Sanz, 2015**	Revisión narrativa de 3 estudios (11 M y otros atentados masivos en Oriente Medio)	Entre 1 y 6 meses	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	27,6%	1 mes después: 28,2 o 34% 6-9 meses después: 15,4 o 31,3%
Víctimas indirectas: Población general					
DiMaggio y Galea, 2006	Meta análisis de 10 estudios de varios ataques terroristas	Entre 2 meses y 5 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	10,9%	2 meses después: 16% 6 meses después: 14% 12 meses después: 12%†
García-Vera y Sanz, 2015**	Revisión narrativa de 5 estudios (11-M y otros atentados masivos en Oriente Medio)	Entre 18 días y 44 meses	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	10,5%††	1 mes después: 2,3% 6-9 meses después: 0,4%

Nota. s.d. = sin datos. En el meta análisis de DiMaggio y Galea (2006) no se establecen datos de familiares y amigos de heridos y fallecidos. TEPT =

Trastorno por estrés postraumático. *Los datos de prevalencia a largo plazo se obtienen de los estudios donde estas medidas están disponibles y que no tienen por qué ser todos los que muestran datos de prevalencia a corto plazo. **En la revisión de García-Vera y Sanz (2015) las medias están ponderadas según el tamaño muestral. †Los datos sobre el curso del trastorno no se establecen en el meta análisis de DiMaggio y Galea (2006) por subgrupos de víctimas, sino a nivel general. †† La prevalencia de la población general se calcula para este estudio haciendo una media ponderada (según tamaño muestral) de los datos en bruto que aparecen en García-Vera y Sanz (2015).

Tabla 4. Prevalencia a corto y largo plazo del TDM y otros trastornos de ansiedad en función del tipo de víctima

Referencia	Procedimiento/muestra	Momento de evaluación tras el atentado	Medida	Prevalencia TDM u otro trastorno de ansiedad	Prevalencia a largo plazo*
Víctimas directas					
García-Vera y Sanz, 2010**	Revisión Narrativa de 6 estudios (11-M, Oklahoma, atentados de ETA y Kenia).	Entre 1 mes y 24 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	TDM: 33,9% Agorafobia: 19,8% Pánico: 6,1% TAG: 6,9%	TDM 1-3 meses después: 28,6% 6-9 meses después: 22,7% 12 meses después: 28,6%
					Agorafobia: 1-3 meses después: 10,7% 6-9 meses después: 11,4% 12 meses después: 11,9%
					Pánico 1-3 meses después: 5,4% 6-9 meses después: 9,4% 12 meses después: 4,8%
					TAG 1-3 meses después: 12,8% 6-9 meses después: 11,4% 12 meses después: 11,9%

Referencia	Procedimiento/muestra	Momento de evaluación tras el atentado	Medida	Prevalencia TDM u otro trastorno de ansiedad	Prevalencia a largo plazo*
Salguero et al., 2011*	Revisión narrativa de 6 estudios (atentados en Francia, Oklahoma, 11-M y Kenya)	Entre 1 mes y 3 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM)	TDM: 22,37%† ††	1 mes después: 28,6%. 6 meses después: 22,7% 12 meses después 28,6%
Víctimas indirectas: Intervinientes					
García-Vera y Sanz, 2010**	Revisión Narrativa de 4 estudios (11-M, Oklahoma y 11-S)	Entre 1 mes y 5 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	TDM: 8,6% Agorafobia: 0,7% Pánico: 4,9% TAG: 0,9	TDM 1-3 meses después: 2% 6-9 meses después: 0%
Salguero et al., 2011	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
Víctimas indirectas: Familiares y amigos de heridos y fallecidos					
García-Vera y Sanz, 2010**	Revisión narrativa de 2 estudios (ETA y 11-M)	Entre 1 mes y 24 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	TDM: 47,7%	TDM 1-3 meses después: 31,3% 6-9 meses después: 15,2%
Salguero et al., 2011	Revisión narrativa de 6 estudios (atentados en Francia, Oklahoma, 11-M y Kenya)	Entre 1 mes y 3 años	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM)	TDM: 22,37%† ††	s.d.
Víctimas indirectas: Población general					
García-Vera y	Revisión narrativa de 6	Entre 1 y 3 meses	Criterios diagnósticos	TDM: 9,1%	1-3 meses después: 8%

Referencia	Procedimiento/muestra	Momento de evaluación tras el atentado	Medida	Prevalencia TDM u otro trastorno de ansiedad	Prevalencia a largo plazo*
Sanz, 2010**	estudios (11M y 11S)		explícitos basados en (DSM) y otras medidas validadas de <i>screening</i>	Agorafobia: 10,5% Pánico: 2,1% TAG: 8,6%	6-9 meses después: 2,5%
Salguero et al., 2011	Revisión narrativa de 5 estudios (11-M y 11-S)	Entre 1 y 6 meses	Criterios diagnósticos explícitos (basados en DSM)	TDM:8,9%	s.d.

Nota. s.d. = sin datos. En la revisión de Salguero et al., 2011 no se establecen datos de intervinientes ni resultados a largo plazo en familiares de heridos o fallecidos en atentado. TDM = Trastorno depresivo mayor. *Los datos de prevalencia a largo plazo se obtienen de los estudios donde estas medidas están disponibles y que no tienen por qué ser todos los que muestran datos de prevalencia a corto plazo. **En la revisión de García-Vera y Sanz (2010) las medias están ponderadas según el tamaño muestral. †En la revisión de Salguero et al. (2011) no se establece diferenciación entre heridos y familiares de heridos y fallecidos, por lo que los datos son los mismos. †† La prevalencia de víctimas directas e indirectas se calcula para este estudio haciendo una media ponderada (según tamaño muestral) de los datos en bruto que aparecen en Salguero et al., 2011.

Además, García-Vera y Sanz (2010), en la revisión de otros estudios longitudinales sobre las víctimas directas e indirectas del 11-M, encontraron que, aunque existía una reducción de casi un 52% en los familiares y allegados de heridos y fallecidos (de 31,3% a 15,2%) (véase la tabla 4), tanto en las víctimas directas como en los familiares y allegados de estas víctimas directas la frecuencia del trastorno depresivo seguía siendo muy superior a la de la población general afectada antes de los atentados (22,7% y 15,2%, respectivamente, frente a 3,9%). De hecho, a los 6-9 meses, solo los porcentajes de la población general tras el atentado y de los intervinientes alcanzaron cotas semejantes a las de la población general antes del atentado (Haro et al., 2006) con un cambio de 8% al 2,5% para la población general y de 2% a 0% en los intervinientes.

Respecto a los trastornos de ansiedad, aunque solo se dispone del estudio de Conejo-Galindo et al., (2008) sobre víctimas directas, también se obtienen resultados confusos. Para el trastorno de ansiedad generalizada la reducción de la prevalencia a los 6-9 meses es prácticamente imperceptible, pasando de un 12,5% a un 11,4%, y para la agorafobia y el trastorno de pánico, no solo no existe un decremento, sino que las prevalencias a los 6 meses aumentan (pasan de un 10,7% a 11,4% en el caso de la agorafobia y de un 5,4% a 9,1% en el caso del pánico). Además, al año, la prevalencia del TAG aumenta (pasa de 11,4% a 11,9%), se mantiene igual para la agorafobia (11,4%) y solamente disminuye para el pánico (pasa de 9,1% a 4,8%) (véase la tabla 4). No obstante, todas ellas suponen cifras mayores a las de la población general antes de los atentados de Haro et al., (2006)

En resumen, teniendo en cuenta las tres conclusiones fundamentales que se han desgranado hasta ahora, lo que sabemos sobre las consecuencias psicopatológicas de vivir un atentado terrorista es que la frecuencia del TEPT, de los trastornos depresivos y de los trastornos de ansiedad (e incluso, del consumo incrementado de sustancias) en las

víctimas directas o indirectas de atentados terroristas es significativa y supera con mucho las tasas habituales de prevalencia de tales trastornos en la población general no afectada por el terrorismo, incluso, cuando se evalúa meses o años después del atentado.

Por tanto, dada la cantidad de víctimas directas e indirectas del terrorismo que se producen cada año en el mundo, dada la magnitud de la prevalencia de los trastornos mentales entre las mismas y teniendo en cuenta que el tiempo no lo cura todo, la atención a la salud mental de las víctimas debería convertirse en un objetivo sanitario preferente, tal y como se refleja en la Ley y, por supuesto, cualquier plan para abordarla debería utilizar los tratamientos con mayor aval empírico sobre su eficacia y efectividad.

1.3 Radiografía de un trauma: Cambios de perspectiva y orientaciones al tratamiento

Por supuesto, cualquier plan para abordar la atención a la salud mental de las víctimas del terror deberá utilizar los tratamientos con mayor aval empírico sobre su eficacia y efectividad, tal y como se recoge, además, en la legislación vigente sobre el tema. Pero además, toda aproximación que se haga a partir de ahora a la intervención con víctimas del terrorismo deberá enmarcarse en las últimas conceptualizaciones que sobre el trauma se han hecho.

De la misma manera que el estudio sobre las consecuencias psicológicas de los combatientes en la Segunda Guerra Mundial o en la Guerra de Vietnam condujo, en su momento, a cambios en la concepción del trauma y su diagnóstico, la abundante literatura sobre trauma que se ha producido en los últimos años, de la que el estudio sistemático de las consecuencias psicológicas del terrorismo forma parte fundamental,

ha generado una gran cantidad de información, que ha servido, entre otras cosas, para cuestionar la manera en que hasta la fecha se concebía la condición traumática y en concreto, el trastorno más comúnmente asociado a ella: el TEPT.

Como consecuencia, la *American Psychiatric Association* (APA), en la publicación de su manual diagnóstico más reciente, el DSM-5 (APA, 2013), decidió incorporar algunos cambios significativos para el diagnóstico del TEPT, lo que supuso toda una declaración de intenciones y una manera de zanjar las diferentes polémicas que se habían producido alrededor del concepto de trauma, tal y como estaba planteado en el DSM-IV-TR (APA, 2000). En concreto, estas modificaciones se plantearon respecto a tres aspectos polémicos: la pertinencia y definición de la situación traumática, la estructura del propio trastorno y la posibilidad de que existieran diferentes tipos de TEPT que no deberían continuar explicándose con una única etiqueta diagnóstica (Friedman, Resick, Bryant, y Brewin, 2011)

Por tanto, uno de los asuntos más controvertidos sobre el diagnóstico de TEPT tenía que ver, paradójicamente, con una de sus características más definitorias: su ligazón a un acontecimiento externo, definido como traumático, cuya presencia era condición necesaria para que el diagnóstico fuera, al menos, contemplado. Aunque durante los últimos años, la investigación sobre factores de riesgo en el trauma había hallado un gran volumen de evidencia sobre factores internos y no tanto externos (por ejemplo, la disociación peritraumática, las emociones negativas peritraumáticas, el apoyo social o una predisposición genética; Brewin, Andrews, y Valentine, 2000; Koenen, Amstadter, y Nugent, 2009; Ozer, Best, Lipsey, y Weiss, 2003) e incluso, algunos autores habían considerado la presencia del evento traumático como algo irrelevante para el diagnóstico (Brewin, Lanius, Novac, Schnyder, y Galea, 2009), las encuestas de expertos que precedieron a la redacción del DSM-5 rechazaron

contundentemente esta propuesta, sobre todo, en base a dos argumentos: En primer lugar, que la mayoría de los casos de TEPT no se desarrollaban (no presentaban síntomas) sin que previamente hubiera existido la exposición a un evento o una serie de eventos gravemente estresantes (Friedman et al., 2011) y, en segundo, que diferentes eventos traumáticos tenían una influencia distinta en la sintomatología (recordemos, por ejemplo, que las tasas de TEPT en desastres naturales son sustancialmente menores que en los desastres humanos; Neria et al., 2008; Norris et al., 2002). Todo ello parecía ser un potente indicador de que la presencia de la situación traumática era pertinente y que debía seguir siendo condición necesaria para la consideración del trauma.

A pesar del amplio consenso sobre este punto, seguía existiendo entre los expertos una gran preocupación acerca de la definición de estos acontecimientos, al menos, tal y como aparecía reflejada en el criterio A1 del anterior DSM-IV-TR. Aunque este criterio surgió, precisamente, tras la confirmación empírica de que los acontecimientos traumáticos no eran unas pocas situaciones excepcionales, capaces de causar *per se* un trauma a casi cualquier persona, como así se refería en el DSM-III, sino más bien, una amplia gama de acontecimientos, que podían suceder y de hecho, sucedían a la mayoría de la población (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, y Nelson, 1995) su amplitud, incluyendo un gran número de acontecimientos potencialmente traumáticos, generó mucha controversia. Para muchos diluía y banalizaba la naturaleza y gravedad del TEPT, con las consecuencias negativas que todo ello podía tener, por ejemplo, en contextos forenses, donde podía diagnosticarse TEPT “interesadamente” y de cara también a las tasas de prevalencia del trastorno, que podían llegar a aumentar en un 60% con el uso de este criterio (Breslau y Kessler, 2001)

Por todo ello, aunque para el DSM-5 se consensuó conservar la situación traumática, se decidió también restringir el número y tipo de acontecimientos que

debían ser tomados en consideración. A partir de entonces, solo se definirían como acontecimientos traumáticos aquéllos que supusieran atentados directos (o amenazas) contra la vida y la integridad física (incluyendo violencia sexual), tanto si eran experimentados directamente, como si se vivían en calidad de testigo. Por otro lado, aunque se seguía reconociendo la capacidad traumática que podía tener el hecho de ser, simplemente, conocedor de que alguna de estas cosas les habían sucedido a otras personas, en el nuevo manual solamente se consideraría este supuesto cuando se tratase de familiares y amigos muy cercanos, y siempre y cuando los percances sufridos por sus seres queridos fuera de naturaleza violenta o accidental, no natural. Por eso, padecer una enfermedad mortal o que la padeciera alguien cercano no se consideraría necesariamente un acontecimiento traumático, a no ser que esta enfermedad hubiera ocurrido de manera repentina y/o catastrófica. También se reconoció específicamente a grupos como los intervinientes en desastres, incluyendo la exposición repetida a las consecuencias traumáticas de acontecimientos traumáticos como una situación más. Por el contrario, la exposición a imágenes traumáticas, a través de la televisión u otro medio electrónico no se consideró relevante (véase la tabla 5).

En respuesta a la idea ampliamente consensuada de que la mayoría de personas que experimentan un acontecimiento potencialmente traumático no desarrollarán después una patología y en función, además, de la investigación sobre factores de riesgo individuales, en el DSM-IV-TR se añadió un criterio más subjetivo, el A2, según el cual el acontecimiento traumático era necesario pero no suficiente y solo aquellas personas que hubieran experimentado la situación traumática con “miedo, horror o desesperanza” podrían llegar a tener un diagnóstico de TEPT. Con este criterio se pretendía acotar la patología, puesto que se esperaba que las personas que hubieran estado expuestas a

sucesos estresantes de poca magnitud no tuvieran estas reacciones emocionales tan intensas.

Aunque algunos estudios, efectivamente, encontraron una relación entre las reacciones de miedo, horror y desesperanza tras el trauma y el riesgo de tener TEPT (Brewin, Andrews, y Rose, 2000) y de hecho, uno de los predictores peritraumáticos con más evidencia empírica es la presencia de fuertes reacciones emocionales (como el ataque de pánico) tras el trauma (Galea et al., 2002; Miguel-Tobal et al., 2006; Person, Tracy, y Galea, 2006), hubo también otros que encontraron una escasa o nula capacidad predictiva de estas emociones post-trauma en la prevalencia de TEPT (Breslau y Kessler, 2001; Karam et al., 2010; Schnurr et al., 2000). De manera complementaria, en alguno de esos estudios se encontró que había un número de personas (aunque no era grande) que no había tenido reacciones como las descritas en el criterio A2 y sin embargo, cumplían el resto de criterios TEPT e incluso, en muchos de ellos se describía cómo estas personas habían mostrado en lugar de miedo, horror y desesperanza, otras reacciones emocionales como la ira o la vergüenza (Andrews, Brewin, Rose, y Kirk, 2000; Brewin, Andrews, y Rose, 2000; Grey, Holmes, y Brewin, 2001; Holmes, Grey, y Young, 2005). Finalmente, hubo estudios en los que se señalaba que lo que predecía realmente el criterio A2 no era que la gente tuviera TEPT, sino que no lo tuviera, es decir, justo lo contrario de lo que pretendía (Breslau y Kessler, 2001; Brewin, Andrews y Rose, 2000; Karam et al., 2010; Schnurr et al., 2000).

Por otro lado, el criterio A2 no definía con exactitud cuándo debían manifestarse las reacciones emocionales, inmediatamente o en cualquier momento tras el acontecimiento traumático. Esto generaba también confusión porque era frecuente que en algunas poblaciones concretas las sensaciones de miedo, horror y desesperanza sí se

produjeran, pero más tarde en el tiempo. Tal era el caso de las personas con lesiones craneoencefálicas derivadas del trauma (Bryant, 2001)

Por último, existían evidencias de que el recuerdo de las respuestas agudas al trauma podía ser poco fiable y estar influenciado por sesgos asociados a la propia sintomatología TEPT (Bryant y Harvey, 2002), por lo que en muchas evaluaciones clínicas, realizadas meses o incluso años después de que el acontecimiento traumático hubiera tenido lugar la información sobre el criterio A2 podía ser falsa.

Por todos estos motivos, la comisión de investigación sobre trauma aconsejó eliminar este criterio del nuevo manual y efectivamente, así se hizo para el DSM-5 (véase la tabla 5).

Pero más allá de las polémicas sobre la situación traumática, otra de las cuestiones que más ha preocupado a la comunidad científica es que, efectivamente, el trauma no aparece únicamente ligado a sintomatología ansiosa, sino que, por el contrario, existe toda una variedad de síntomas que están íntimamente ligados a él, tales como la ira, agresividad y otros síntomas externalizados, la culpa o la vergüenza o evaluaciones negativas sobre uno mismo y el mundo (Andrews et al., 2000; Forbes, Creamer, Hawthorne, Allen, y McHugh, 2003; Henning y Frueh, 1997; Kubany et al., 1995; Leskela, Dieperink, y Thuras, 2002; Nishith, Nixon, y Resick, 2005; Orth, Cahill, Foa, y Maercker, 2008; Owens, Chard, y Cox, 2008; Resick y Miller, 2009; Riggs, Dancu, Gershuny, Greenberg, y Foa, 1992; Street y Arias, 2001; Taft, Street, Marshall, Dowdall, y Riggs, 2007)

En vista de esta complejidad, el comité de expertos del DSM-5 decidió que el TEPT no podía continuar siendo un trastorno más dentro de la categoría de trastornos de ansiedad y decidieron incluirlo dentro de otro conglomerado conocido como “Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés”, donde además se

encontraban el trastorno por estrés agudo, el trastorno adaptativo y dos categorías infantiles, el trastorno de apego reactivo y el trastorno de relación social desinhibida.

Pero además, ocurría que los estudios sobre trauma constataban muy consistentemente que, tal y como ocurría para el TEPT producido por atentados terroristas, el TEPT en general también aparecía con mucha frecuencia de manera comórbida, sobre todo, con trastornos afectivos (depresión, fundamentalmente), pero también con otros trastornos de ansiedad y consumo de sustancias (Bryant et al., 2010; Chapman et al., 2012; Creamer, Burgess, y McFarlane, 2001; Kessler et al., 1995; Sareen et al., 2007) e incluso con varios de ellos a la vez, destacando en este sentido, la triple comorbilidad de TEPT, ansiedad y depresión (Ginzburg, Ein-Dor, y Solomon, 2010). Como esta comorbilidad era la norma y no la excepción, existía la posibilidad de que la composición del trauma fuera en realidad, otra muy distinta y que variando la “receta” diagnóstica del TEPT se pudiera dar con una explicación más parsimoniosa a la psicopatología traumática real.

Tras varios estudios de análisis factorial confirmatorio (véase la revisión metaanalítica de Yufik y Simms, 2010), se apostó por un modelo de cuatro factores, en el que la reexperimentación e hiperactivación quedaban prácticamente igual a como estaban en el DSM-IV-TR, mientras que el grupo de evitación y embotamiento emocional se dividía en dos categorías: la propia evitación y otra que acabó llamándose “alteraciones negativas en las cogniciones y del estado de ánimo”. La primera sería la evitación activa de pensamientos y estímulos externos relacionados con el trauma y la segunda, la evitación pasiva que se produciría a través de síntomas disociativos (amnesia disociativa, incapacidad para experimentar emociones positivas y sensación de desapego de los otros), disfóricos (estado emocional negativo generalizado y anhedonia) y con creencias negativas básicas (sobre las causas y consecuencias del acontecimiento

traumático y expectativas negativas sobre uno mismo, los otros y el futuro). Respecto al DSM-IV-TR se añadieron dos síntomas nuevos (el estado emocional negativo y las creencias disfuncionales sobre las causas y consecuencias del trauma), y se matizaron y ampliaron otros, como la incapacidad para sentir emociones frente a la incapacidad para sentir emociones positivas (Litz y Gray, 2002) o la creencia de un futuro cortado o interrumpido frente a una definición más amplia de creencias negativas sobre uno, los otros y el futuro (véase la tabla 5). Con esta categoría, entonces, se daba cuenta de una serie de síntomas que se habían encontrado en numerosas ocasiones asociados a la realidad del TEPT (Resick y Miller, 2009) y se les concedía la importancia que parecían tener dado que, además, se habían asociado a formas más graves del trastorno y a un peor pronóstico (Breslau, Reboussin, Anthony, y Storr, 2005).

El resto de síntomas de otros *clusters* permanecieron prácticamente igual, aunque también algunos de ellos se clarificaron (véase la tabla 5). Por ejemplo, para diferenciar el pensamiento persistente ligado a la reexperimentación de otros tipos de pensamientos repetitivos, como la rumiación, se especificó que aquél debía ser involuntario e incluir sensaciones, emociones y reacciones fisiológicas e incluso, comportamentales. Asimismo, se amplió el estado de irritabilidad del apartado de hiperactivación, incluyendo el comportamiento agresivo, que había sido constatado ampliamente en la literatura (Jakupcak et al., 2007; Lasko, Gurvits, Kuhne, Orr, y Pitman, 1994; Taft, Kaloupek, et al., 2007; Taft, Street et al., 2007) y que, de hecho, en ocasiones era un motivo de consulta primario. En la parte de hiperactivación se añadió un nuevo síntoma, de comportamiento autodestructivo, que también se había comprobado empíricamente, por ejemplo, en estudios sobre intentos de suicidio postrauma (Pat-Horenczyk et al., 2007), conducción temeraria (Fear et al., 2008; Lapham, C'de Baca, McMillan, y Lapidus, 2006) y conductas de riesgo sexual (Green,

Krupnick, Stockton, Goodman, y et al, 2005), todas ellas asociadas a casos graves y en concreto, a un subtipo de TEPT que muchos autores postulaban y que se dio en llamar “trauma complejo” (Herman, 1995)

Relacionado con esto, una última crítica que se le ha hecho al diagnóstico de TEPT es que sea una categoría única, cuando la literatura refleja algunas formas de trauma que quizás pudieran tener la entidad suficiente como para ser consideradas aparte.

De igual manera que para otras categorías diagnósticas existen etiquetas subsindrómicas, como es el caso de la distimia para el TDM o de la ciclotimia para el trastorno bipolar, algunos autores propusieron un TEPT subsindrómico o TEPT Parcial que pudiera describir aquellos casos en que individuos expuestos a una situación traumática manifestaran sintomatología postraumática significativa pero no llegaran a cumplir todos los criterios formales (Breslau, Lucia, y Davis, 2004) Para apoyar esto, algunos estudios argumentaron que el TEPT subsindrómico tenía características diferenciales, como, por ejemplo, que estaba asociado a un mayor riesgo de beber alcohol en exceso (Adams, Boscarino, y Galea, 2006) o que tenía una mayor prevalencia en los adultos mayores (Pietrzak, Goldstein, Southwick, y Grant, 2012; Rauch, Morales, Zubritsky, Knott, y Oslin, 2006; van Zelst, de Beurs, Beekman, van Dyck, y Deeg, 2006) pero que, en todo caso, generaba una incapacidad funcional similar a la del TEPT completo (Gillock, Zayfert, Hegel, y Ferguson, 2005) o, al menos, mayor que la de las personas sin síntomas (Breslau et al., 2004; Carlier y Gersons, 1995; Favaro, Tenconi, Colombo, y Santonastaso, 2006; Lipschitz, Rasmusson, Anyan, Cromwell, y Southwick, 2000; Schnurr et al., 2000; Stein, Walker, Hazen, y Forde, 1997; Zlotnick et al., 2004) Además, se adujo que a menudo los pacientes con trastorno por estrés postraumático tenían síntomas fluctuantes y por tanto, en un momento

determinado, podrían no satisfacer todos los criterios diagnósticos, con lo que disponer de un diagnóstico adaptado a estas fluctuaciones podría resultar de utilidad para comprender el curso de la patología e incluso, la naturaleza de otros tipos de TEPT, como el demorado (Bryant y Harvey, 2002).

Sin embargo, la comisión DSM-5 encontró resultados negativos a este respecto, con estudios en los que existían muy pocas diferencias entre la gente que tenía TEPT parcial y la que no tenía TEPT en absoluto y en los que ambos grupos diferían significativamente de aquellos que tenían el diagnóstico completo (Favaro et al., 2006; Maia et al., 2007). Por todo ello y por el riesgo que esta etiqueta podía suponer al patologizar reacciones postraumáticas normales, no se introdujo como un nuevo tipo de TEPT en el nuevo manual, recomendándose que para todos aquellos casos en que fuera útil diagnosticar una categoría parcial relacionada con el trauma, se utilizara la nueva etiqueta diagnóstica de trastorno adaptativo relacionado con el TEPT, que ya se apuntaba, aunque no tan explícitamente, en el DSM-IV-TR.

En el extremo contrario, algunos otros autores señalaron que había otro tipo de trauma más grave y con más síntomas de los que habitualmente se atribuían al TEPT, que también debería ser reconocido y al que llamaron TEPT tipo II, trastorno de estrés extremo no especificado de otra manera (*disorders of extreme stress not otherwise specified*) (DESNOS) y más tarde TEPT complejo (Ford y Courtois, 2009; Herman, 1995; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, y Spinazzola, 2005). Este trastorno, que englobaba características de otros diagnósticos, como el trastorno disociativo de la identidad, el límite de personalidad y el de somatización (Herman, 1995), parecía similar al trastorno de la alteración de personalidad después de experiencia catastrófica (F62.0) formulado en la CIE-10, compartiendo algunas características con el llamado TEPT crónico, del que se hablará más adelante.

Tabla 5. Comparación de los criterios diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2000) y DSM-5 (APA, 2013)*

DSM-IV-TR (trastornos de ansiedad)	DSM-5 (trastornos relacionados con estresores y trauma)
<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha estado (1) y (2):</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás (2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos <p>B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. (2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar (3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse) (4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático (5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático 	<p>A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) experiencia directa del suceso/s traumático/s (2) presencia directa del suceso/s ocurrido/s a otros (3) conocimiento de que el suceso/s traumático/s ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso/s ha de haber sido violento o accidental (4) exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso/s traumático/s (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil) <p>B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso/s traumático/s, que comienza después del suceso/s traumático/s:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso/s traumático/s (2) sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso/s traumático/s (3) reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso/s traumático/s. (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente) (4) malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso/s traumático/s (5) reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso/s traumático/s

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma) tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
- (2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
- (3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- (4) reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
- (5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- (6) restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
- (7) sensación de un futuro limitado (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso/s traumático/s, que comienza tras el suceso/s traumático/s como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

- (1) evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso/s traumático/s
- (2) evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso/s traumático/s

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso/s traumático/s que comienzan o empeoran después del suceso/s traumático/s, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

- (1) incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso/s traumático/s (debida típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas)
- (2) creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás, o el mundo (p. ej., “estoy mal”, “no puedo confiar en nadie”, “el mundo es muy peligroso”, “tengo los nervios destrozados”)
- (3) percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso/s traumático/s que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás
- (4) estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza)
- (5) disminución importante del interés o la participación en actividades significativas
- (6) sensación de desapego o extrañamiento de los demás
- (7) incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos)

<p>D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) dificultades para conciliar o mantener el sueño (2) irritabilidad o ataques de ira (3) dificultades para concentrarse (4) hipervigilancia (5) respuestas exageradas de sobresalto 	<p>E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso/s traumático/s que comienza o empeora después del suceso/s traumático/s como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación), que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos. (2) comportamiento imprudente o auto-destructivo (3) hipervigilancia (4) respuesta de sobresalto exagerada (5) alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño o sueño inquieto)
<p>E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.</p>	<p>F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a 1 mes.</p>
<p>F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>	<p>G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) o a otra afección médica.</p>	
<p><i>Especificar si:</i> Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más.</p>	<p><i>Especificar si:</i> Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen criterios para el trastorno por estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas recurrentes y persistentes de una de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Despersonalización 2. Desrealización
<p><i>Especificar si:</i> De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.</p>	<p><i>Especificar si:</i> De expresión demorada: Si la totalidad de criterios no se cumplen hasta al menos 6 meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos de síntomas puedan ser inmediatos).</p>

*Traducciones al castellano (2002; 2014)

En general, los individuos con TEPT complejo eran aquellos que habían estado expuestos a una experiencia traumática intensa o prolongada en el tiempo (normalmente, personas abusadas sexualmente en la infancia, refugiados o supervivientes de tortura), que tenían varios tipos de problemas: del comportamiento (impulsividad, agresión, conductas sexuales de riesgo, abuso del alcohol o drogas, comportamiento autolítico), emocionales (labilidad emocional, rabia, depresión y pánico), cognitivos (disociación, cambios patológicos en la identidad personal) e interpersonales y de somatización (Herman, 1995; Linehan, Tutek, Heard, y Armstrong, 1994; van der Kolk et al., 2005)

Aunque este trastorno había sido considerado útil a nivel clínico, especialmente en países no occidentales, donde la migración forzada y la tortura son todavía frecuentes y la prevalencia de síntomas de disociación o de somatización es mayor (Kirmayer, 1996), muchos otros expertos consideraron que la única diferencia entre el TEPT complejo y el TEPT tradicional era un déficit mayor de los primeros en la regulación de sus emociones (Cloitre, Mirya, Stovall-McClough, y Han, 2005). Esto, en ocasiones, podía hacer más difícil la terapia, al dar pie a más conductas de riesgo, pero en general, los estudios señalaban que los pacientes con TEPT complejo se beneficiaban igualmente de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, cuando a ésta se le añadían sesiones iniciales de regulación emocional (Cloitre, Koenen, Cohen, y Han, 2002) o, simplemente, cuando se alargaban los protocolos tradicionales (Chard, 2005)

Al hilo de lo anterior, otros autores propusieron que se considerasen dos tipos de TEPT: uno externalizado, con manifestaciones de ira, agresividad, uso de sustancias y comportamientos del *cluster B* de personalidad, muy parecido, por tanto, al TEPT complejo, frente a otro subtipo internalizado, compuesto fundamentalmente de síntomas ansiosos, depresivos y de somatización (Forbes, Elhai, Miller, y Creamer, 2010; Miller,

Fogler, Wolf, Kaloupek, y Keane, 2008; Miller y Resick, 2007; Rielage, Hoyt, y Renshaw, 2010; Sellbom y Bagby, 2009)

A pesar de todo, en la investigación previa al DSM-5 no se encontró evidencia suficiente como para darle una entidad diagnóstica propia al TEPT complejo ni para incluirla como un subtipo de la categoría general. Además, se consideraba que incluyendo los síntomas disociativos (B3 y D1), así como el riesgo de suicidio y comportamiento destructivo (E2) junto con todo el grupo D (véase la tabla 5), se recogían los síntomas del TEPT complicado y que por tanto, no hacían falta modificaciones más profundas.

Excluyendo también categorías típicamente asociadas al TEPT, como el duelo complicado (Prigerson et al., 1999), que sigue sin estar reconocido en el DSM-5, a pesar de haber sido propuesto para ello (Prigerson et al., 2009; Shear et al., 2011) en este nuevo manual solo se reconocieron y en forma, simplemente, de especificaciones adicionales al diagnóstico principal, dos subtipos de TEPT: con/sin disociación y con/sin demora en la expresión de sus síntomas. Así, debía especificarse que el TEPT iba acompañado de disociación cuando, además de los síntomas disociativos que ya se incluyeron en el propio diagnóstico, existía desrealización y/o despersonalización (véase la tabla 5). Esto coincidiría con la clasificación que hacían algunos autores, según la cual habría un tipo de TEPT cuyo patrón sería más disociativo y otro cuyo patrón estaría más ligado a la hiperactivación (Bremner, 1999) entendiendo aquí la disociación como una manera de evitar emociones aversivas, como la ansiedad extrema (Griffin, Resick, y Mechanic, 1997). Además, algunos estudios de neuroimagen identificaron respuestas prefrontales a los recuerdos relacionados con el trauma que eran diferentes entre los individuos con disociación y sin ella (Lanius, Bluhm, Lanius, y Pain, 2006; Lanius et al., 2010)

Por otro lado, aunque para la mayoría de personas los síntomas TEPT se desarrollan inmediatamente después del evento traumático, en otras (menos de un 15%, según el *National Institute for Health and Clinical Excellence*; NICE, 2005), existe lo que se conoce como TEPT demorado. Esta categoría que ya aparecía en el DSM-III (APA, 1980), se definía en el DSM-IV cuando la aparición de los síntomas ocurría al menos 6 meses después de la situación estresante y está ampliamente documentada en la literatura empírica (Bryant y Harvey, 2002; Smid, Mooren, van der Mast, Gersons, y Kleber, 2009). Sin embargo, las últimas investigaciones (Andrews, Brewin, Philpott, y Stewart, 2007; Smid et al., 2009) mostraban que el TEPT en ausencia de ningún síntoma previo era extremadamente raro, que el curso habitual empezaba con un TEPT subsindrómico que luego aumentaba hasta llegar a cumplir todos los criterios y que cuando se consideraba así, su prevalencia podía aumentar hasta llegar al 38,2%, al menos, en víctimas directas (Andrews et al., 2007) En algunos estudios sobre víctimas del terrorismo se mostró, además, que los heridos más graves eran los que tenían un desarrollo más tardío del TEPT (Grieger et al., 2006; Smid et al., 2009) y en el meta análisis de Smid et al., (2009) se comprobó que cuanto más a largo plazo se hacían los seguimientos en los estudios de prevalencia, más individuos se encontraban con un retraso en la “aparición” de los síntomas, concluyendo que el riesgo de retraso en el TEPT no disminuía entre 9 y 25 meses después de los acontecimiento traumáticos. Todo esto sugería un riesgo potencial permanente para los individuos expuestos a una situación traumática e iría en contra, de alguna manera, de las llamadas “curvas del superviviente”, que son modelos del curso del TEPT según los cuales una parte sustancial de las personas con sintomatología postraumática mejorarían sus síntomas de manera natural, sobre todo, en los primeros 12 meses tras el atentado, aunque aproximadamente un 50-60% de la población presentaría tasas de remisión entre los 2 y

los 10 años y el resto, remitiría en las décadas siguientes o no remitiría (Chapman et al., 2012; Kessler et al., 1995).

Sin embargo, estas curvas se realizaban basándose fundamentalmente, en amplios estudios retrospectivos, por lo que muchos autores se esforzaron por realizar estudios prospectivos en los que se pudiera observar el curso completo del trastorno. Por ejemplo, en un estudio de seguimiento a 20 años, realizado con una población de veteranos israelíes (Solomon y Mikulincer, 2006) se encontró que la prevalencia del TEPT era, efectivamente, fluctuante, con tasas de diagnóstico más pequeñas a los 3 años de la guerra, pero con incrementos sustanciales a los 20 años de la misma, un incremento que viene refrendado por otros estudios, sobre todo, de veteranos (McFarlane y Papay, 1992; O'Toole, Catts, Outram, Pierse, y Cockburn, 2009).

Pero los estudios longitudinales, sobre todo, los que se realizaban a largo plazo, no solo sirvieron para analizar la demora en el TEPT, sino para observar también las formas más crónicas del diagnóstico. Estos datos refrendaban así los resultados de estudios anteriores donde se observó que la gente que reunía criterios TEPT a los 6 meses después del trauma tenían una probabilidad elevada (en ausencia de tratamiento efectivo) de mostrar un curso crónico de los síntomas, que podía llegar a durar, incluso, décadas (Kessler et al., 1995; Solomon, 1989). El curso crónico del TEPT, además, se vinculó a la presencia de otras patologías y síntomas clínicos, con una mayor comorbilidad con trastornos de personalidad (Bollinger, Riggs, Blake, y Ruzek, 2000; Gómez-Beneyto, Salazar-Fraile, Martí-Sanjuan, y Gonzalez-Luján, 2006; Pietrzak, Goldstein, Southwick, y Grant, 2011; Southwick, Yehuda, y Giller, 1993) e incluso, a nivel clínico, con más problemas psicosociales, dolor, quejas somáticas, problemas de relación interpersonal, disminución de la ocupación y más problemas de salud (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health-ACPMH, 2013).

El momento a partir del cual se consideraba que un trastorno postraumático era crónico no estaba claro. En el DSM-IV-TR, este punto se establecía a los 3 meses del acontecimiento traumático (véase la tabla 5). Sin embargo, a pesar de que había estudios que así lo corroboraban (Blanchard et al., 1995; Riggs, Rothbaum, y Foa, 1995) la comisión del DSM-5 juzgó que no había evidencia explícita sobre la demarcación de los 3 meses especificada en el manual anterior (Friedman et al., 2011). Por eso, y en lo referente al curso del diagnóstico, se conservó la especificación de TEPT demorado (aunque en términos de la demora en la expresión completa de los síntomas y no en el inicio del mismo) pero no así todo lo referido al TEPT crónico, que se eliminó en esta nueva concepción del trauma (véase la tabla 5).

En conclusión, aunque a día de hoy existen todavía voces críticas respecto a las decisiones tomadas en el último manual DSM-5, y a pesar de la consideración general de que los tratamientos psicológicos no deberían construirse únicamente en base a etiquetas diagnósticas estancas, sino más bien, en función de procesos psicológicos dinámicos, esta nueva radiografía del trauma que subyace a estos nuevos criterios diagnósticos, está ligada a una serie de premisas que, en tanto en cuanto reflejan los principales hallazgos de las últimas investigaciones sobre el tema, deberán ser tenidas en cuenta forzosamente por cualquier intervención clínica que pretenda ser eficaz.

Así, en primer lugar, cuando se crea una categoría postraumática específica y se acotan los supuestos por los cuales las personas podrían llegar a desarrollar patología postraumática, se está reconociendo la importancia, especificidad y gravedad de un trastorno que deberá también tratarse de la manera más específica y eficaz posible.

En segundo lugar, cuando dentro de esos supuestos específicos, se reconoce el daño que puede hacer, por ejemplo, conocer que han agredido o asesinado a un ser querido o incluso, el riesgo asociado a visitar con frecuencia escenarios donde se han

Capítulo 1: El problema del terrorismo

desarrollado situaciones grotescas de todo tipo, se está reconociendo explícitamente a las comúnmente llamadas víctimas indirectas y con ello, proponiendo que éstas sean igualmente tratadas en las intervenciones clínicas sobre el trauma.

En tercer lugar, cuando se cambia la estructura del propio diagnóstico incluyendo toda una suerte de síntomas disfóricos y cognitivos, se está reconociendo la complejidad del mismo y sugiriendo, aunque de manera indirecta, que los tratamientos específicos sobre el tema incluyan múltiples componentes que aborden semejante variedad sintomatológica.

Y en cuarto y último término, al incluir síntomas de gravedad como un mayor número de signos dissociativos, el comportamiento agresivo contra los demás o contra uno mismo, se hace eco de variedades de TEPT más graves, como el TEPT complejo o el TEPT crónico, que, aunque no hayan sido reconocidas explícitamente, podrán diagnosticarse y abordarse de una manera más directa en los tratamientos específicos sobre trauma.

Capítulo 2:

El tratamiento

del terror

2.1 El tratamiento del trauma en adultos: un enfoque dimensional

De la misma manera que a lo largo de los últimos años el estudio sobre el trauma ha proliferado de forma sorprendente, tanto, como para modificar sustancialmente su propia esencia, el análisis de los tratamientos con los que abordar las reacciones postraumáticas se ha conducido en paralelo y ha generado un cuerpo sólido de investigación que ha permitido, incluso, que hoy día se disponga de numerosas revisiones sistemáticas e incluso, guías de intervención y buena práctica clínica sobre este tema. Organismos tan prestigiosos como la *American Psychiatric Association*, (APA, 2004, 2009), la *American Psychological Association* (2015), el *Australian Centre for Posttraumatic Mental Health* (ACPMH, 2013), la Cochrane (Roberts, Kitchiner, Kenardy, y Bisson, 2010; Stein, Ipser, y Seedat, 2006); el *Department of Veterans Affairs* y el *Department of Defense* de los EEUU (VA/DoD, 2010), el *Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder* (2007); el *National Institute for Health y Clinical Excellence* (NICE, 2005) o el *National Institute of Mental Health* (NIMH, 2002), han lanzado sus propuestas sobre la manera óptima de aproximarse a la intervención post trauma y lo han hecho, claro está, según la evidencia empírica disponible en cada momento y basándose, por tanto, en los tratamientos que han sido probados como más eficaces (véase la tabla 6).

Tabla 6. Recomendaciones de diferentes revisiones sistemáticas y guías de buena práctica clínica y tratamientos basados en la evidencia

Guía	Inmediata (primer mes)	TEPT agudo (1-3meses)	TEPT crónico (3 meses en adelante)
NIMH, 2002	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo práctico y primeros auxilios psicológicos 2. Monitorización 3. Si existe duelo o TEA: TCC centrada en el trauma breve 4. <i>Debriefing</i> operacional 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psicoterapia individual, grupal o familiar 2. Psicofarmacología 3. Ingreso hospitalario a corto o largo plazo 	
APA, 2004; APA, 2009	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo, psicoeducación, asistencia básica y búsqueda de apoyo social en los primeros momentos 2. Monitorización 3. TCC para disminuir síntomas y prevenir el TEA y el TEPT 4. Si hay dolor físico o psicológico desbordante, problemas de sueño, estados extremos de agitación, rabia o disociación que interfieren la terapia psicológica: psicofarmacoterapia 5. No <i>debriefing</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psicofarmacología (ISRS), terapias focalizadas en el trauma (TCC o EMDR) y psicoeducación y apoyo. Evidencia negativa sobre psicofarmacología en veteranos (APA, 2009) 2. Tratamiento psicológico, psiquiátrico o ambos en caso de depresión subyacente 3. Si no hay mejora, combinar tratamientos 4. Precaución con benzodiacepinas 	

Guía	Inmediata (primer mes)	TEPT agudo (1-3meses)	TEPT crónico (3 meses en adelante)
NICE, 2005	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoyo práctico, emocional y social en los primeros momentos 2. Espera vigilante 3. Si existen síntomas graves: 5 sesiones de TCC centrada en el trauma 4. Si hay problemas de sueño: hipnóticos (corto plazo) o antidepresivos (largo plazo) 5. No <i>debriefing</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 8-12 sesiones de TCC centrada en el trauma 2. Si hay problemas de sueño: hipnóticos (corto plazo) o antidepresivos (largo plazo) 3. Psicofármacos (varios antidepresivos) si hay: rechazo de la terapia focalizada en el trauma, amenaza seria, no mejoría o depresión o hiperactivación graves y comórbidas que interfieren la terapia psicológica y si la terapia psicológica no funciona (coadyuvante). 4. No terapias psicológicas no centradas en el trauma 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 8-12 sesiones de terapia psicológica focalizada en el trauma (TCC o EMDR) 2. Añadir sesiones si hay: trauma múltiple, duelo traumático, discapacidad crónica, trastornos comórbidos o problemas sociales 3. Si no hay mejora: a) otra terapia psicológica focalizada en el trauma o b) psicofármacos coadyuvantes 4. No terapias psicológicas no centradas en el trauma
<i>Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (2007)</i>	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia de exposición 2. No psicofarmacología (incluidos ISRS) 3. No EMDR, no reestructuración cognitiva 	-

Guía	Inmediata (primer mes)	TEPT agudo (1-3 meses)	TEPT crónico (3 meses en adelante)
Cochrane, (Roberts et al., 2010; Stein et al., 2006)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estratificación de los cuidados 2. Si síntomas postraumáticos, TEA o TEPT: TCC centrada en el trauma (algunos estudios con elementos de primeros auxilios psicológicos). 3. No <i>debriefing</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. TCC centrada en el trauma 2. Si no mejora, extender las sesiones de tratamiento y reevaluar 3. La psicofarmacología (ISRS) puede ser eficaz (sola o en combinación) No evidencia de la terapia psicofarmacológica 4. Resultados negativos de benzodiacepinas, IMAOS, antipsicóticos, entre otros. 	-
VA/DoD, 2010	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurar necesidades básicas y primeros auxilios psicológicos (primeros cuatro días) 2. Monitorización 3. Si existen síntomas graves: 4-5 sesiones de TCC centrada en el trauma 4. Si hay problemas de sueño: higiene del sueño, desactivación e incluso TCC. 5. Si continúan problemas de sueño dolor, hiperactivación, irritación e ira excesivas: psicofarmacología (menos de 6 días). Si hipnóticos, a corto plazo 6. Precaución o evitar benzodiacepinas 7. No <i>debriefing</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia psicológica (TCC, EMDR o inoculación de estrés) y/o ISRS 2. Si no hay mejora: a) incrementar la frecuencia, la dosis y la duración; b) psicoterapia o psicofarmacología coadyuvante; c) otros ISRS, IRSN o mirtazapina; d) añadir otros psicofármacos o prazosina para las pesadillas; e) derivar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si ha fallado tres intentos previos de tratamiento (psicológico y/o psicofarmacológico), incluyendo la adición de medicación: a) Reevaluar; b) utilizar antidepresivos tricíclicos; c) nefazodona o fenalzina; d) derivar 2. Posible terapia psicofarmacológica indefinida

Guía	Inmediata (primer mes)	TEPT agudo (1-3 meses)	TEPT crónico (3 meses en adelante)
ACPMH, 2013	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Stepped care</i> 2. Apoyo práctico y emocional, manejo del malestar, acceso a redes sociales y expectativas positivas 3. Si existe TEA: 5-10 sesiones de TCC centrada en el trauma 4. Si hay hiperactivación, problemas de sueño y pesadillas que no mejoran con estrategias psicológicas: medicación para dormir limitada en el tiempo 5. Si medicación previa exitosa, retomar. 6. No <i>debriefing</i> (pero facilitar la ventilación si el paciente lo desea) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terapia psicológica focalizada en el trauma (TCC o EMDR) 2. Si no hay mejora: otra terapia psicológica focalizada en el trauma 3. Si no hay mejora: terapias psicológicas no focalizadas en el trauma con evidencia empírica (inoculación de estrés) 4. Si hay problemas de sueño que no mejoran con estrategias psicológicas: hipnóticos (corto plazo) o antidepresivos (largo plazo) 5. Psicofarmacología (ISRS) si: no enganche a terapia psicológica focalizada en el trauma, comorbilidad con depresión grave o disociación, situación de peligro, no resultados de terapia psicológica focalizada en el trauma. 6. Si no hay mejora: incrementar la dosis, utilizar otro antidepresivo, añadir antipsicótico, reconsiderar la intervención psicológica 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando está asociado con una gran incapacidad o comorbilidad, sesiones específicas para tratar estos problemas. 2. TCC centrada en el trauma

Guía	Inmediata (primer mes)	TEPT agudo (1-3 meses)	TEPT crónico (3 meses en adelante)
<i>American Psychological Association</i> (División 12), 2015	-	<ol style="list-style-type: none"> Fuerte apoyo empírico: <ul style="list-style-type: none"> Exposición prolongada Terapia centrada en el presente Terapia de procesamiento cognitivo “Buscando seguridad” (<i>Seeking safety</i>) Fuerte apoyo empírico, pero con controversia: EMDR (<i>Eye Movement Desensitization y Reprocessing</i>) Modesto apoyo empírico: inoculación de estrés Sin apoyo empírico y potencialmente dañino: <i>debriefing</i> 	-

Aunque existen diferencias entre unas revisiones y otras, lo cierto es que el grado de consenso entre ellas es alto, al menos, respecto a algunos temas clave, como por ejemplo, el que se refiere a la despatologización (al menos, a corto plazo) de las reacciones postraumáticas. Tal y como se ha comentado en apartados anteriores, después de un acontecimiento traumático es frecuente que las personas sientan intenso malestar general, ansiedad, tristeza, culpa, ira o miedo, entre otras cosas. Normalmente, en los primeros días o semanas después del acontecimiento traumático la tendencia de la mayoría será a recuperarse progresivamente (Rothbaum y Foa, 1993), sobre todo, a medida que se empiecen a utilizar estrategias de afrontamiento y se haga uso de las redes de apoyo. La capacidad para resistir, adaptarse o incluso recuperarse de manera positiva a un contexto de adversidad a pesar de la amenaza y los increíbles retos que todo ello supone, se conoce como resiliencia (Agaibi y Wilson, 2005; Almedom y Glandon, 2007; Luthar, Cicchetti, y Becker, 2000), es el resultado más usual después de la exposición al trauma (Bonanno et al., 2006; Shalev, Tuval-Mashiach, y Hadar, 2004), y, aun en los estudios con definiciones más restrictivas, no tiene por qué implicar la ausencia total de síntomas postraumáticos (Almedom y Glandon, 2007)

Por eso, la mayoría de las revisiones y guías de buena praxis examinadas para este trabajo sugieren un modelo de intervención del trauma gradual, que trata de ser lo menos invasivo posible al principio, a fin de no obstaculizar el proceso de recuperación normal que ocurre en la mayoría de las personas, y que se va intensificando progresivamente a medida que los síntomas permanecen y generan patología, aunque esto ocurra en un porcentaje menor de las víctimas, cuyas características, además, deberán ser tomadas en cuenta. De las diferentes estrategias de intervención a corto, medio plazo (véase la tabla 6), así como de las consideraciones especiales que los

clínicos deberán de hacer en el trabajo con víctimas de acontecimientos traumáticos, se hablará en profundidad en los apartados subsiguientes.

2.1.1 Intervenciones inmediatas para el trauma

La idea de que las reacciones postraumáticas son respuestas normales ante acontecimientos anormales y que solamente cuando son especialmente intensas y/o se prolongan en el tiempo, son susceptibles de ser consideradas un problema, ha variado sobremanera el abordaje de los momentos inmediatamente posteriores a una situación traumática.

Por eso, mientras que durante los años 80 proliferaron formas muy específicas y ciertamente invasivas para proporcionar auxilio inmediato a las víctimas de acontecimientos traumáticos, estas intervenciones se han matizado mucho en el momento actual y en algunas ocasiones, incluso, han quedado descartadas.

Quizás el ejemplo más ilustrativo sea el del caso del *debriefing*, también conocido como “*Critical Incident Stress Debriefing*” (CISD) (Mitchell, 1983). Esta forma de terapia, breve (normalmente, de una única sesión), se solía llevar a cabo muy poco tiempo después de que la situación traumática hubiera acontecido (normalmente, entre 24 y 72 horas tras el evento) y tenía como objetivo primario disminuir el estrés y promover una vuelta rápida al funcionamiento normal, aunque también pretendía impedir que aparecieran trastornos a largo plazo. Sus principios fundamentales eran la ventilación (hablar sobre lo ocurrido), la normalización del malestar y la psicoeducación sobre los síntomas. Normalmente se realizaba en grupo (aunque también podía llevarse a cabo de manera individual), en contextos de intervinientes y llegó a ser tan popular que durante un tiempo se incorporó a muchas guías de autoayuda y protocolos organizacionales.

Sin embargo, estudios controlados y revisiones sistemáticas o metaanalíticas sobre la eficacia de este tipo de intervención en diferentes poblaciones (Bisson, Jenkins, Alexander, y Bannister, 1997; Conlon, Fahy, y Conroy, 1999; Hobbs, Mayou, Harrison, y Worlock, 1996; Lee, Slade, y Lygo, 1996; Rose, Bisson, y Wessely, 2003; Rose, Brewin, Andrews, y Kirk, 1999; Sijbrandij, Olff, Reitsma, Carlier, y Gersons, 2006; van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch, y Emmelkamp, 2002; Wu et al., 2012) pusieron de relieve que el *debriefing* no solo no generaba un cambio significativo en el malestar tras el trauma ni prevenía la sintomatología TEPT, sino que además, en algunas ocasiones podía llegar a incrementar los síntomas y a aumentar las probabilidades de diagnóstico. Por eso, de entre las guías examinadas, solamente una hace referencia al término “debriefing organizacional”, pero para referirse a reuniones de trabajo y organización en el contexto de intervinientes, sin contenido psicoterapéutico (NIMH, 2002) y el resto, de manera unánime, recomienda no utilizar esta terapia breve ni como forma de prevención del TEPT ni como práctica clínica habitual (ACPMH, 2013; APA, 2004; NICE, 2005; Roberts et al., 2010; VA/DoD, 2010), aunque, algunas guías sí especifican que, desde luego, si una persona desea discutir lo que le ha pasado y demuestra la capacidad para tolerar el malestar asociado a este relato, el terapeuta deberá apoyar al paciente en esta tarea (ACPMH, 2013) (véase la tabla 6).

Otro tipo de intervención inmediata que se ha prodigado bastante durante los últimos años es la de los denominados “primeros auxilios psicológicos” un conjunto de estrategias dirigidas a reducir el estrés y atender a las necesidades básicas de los individuos tras los acontecimientos traumáticos, a través de ocho principios básicos (Brymer et al., 2006): 1) Contactar con las personas de forma no intrusiva; 2) Proporcionar seguridad inmediata y proveer apoyo físico y emocional; 3) Estabilizar (en caso de que sea necesario) a los supervivientes que están sobrepasados emocionalmente;

- 4) Recopilar información para determinar las necesidades inmediatas de cada persona;
- 5) Proveer de asistencia práctica a los supervivientes; 6) Conectar al superviviente con sus redes sociales; 7) Proveer información sobre las principales reacciones de estrés y mecanismos de afrontamiento; 8) Vincular al superviviente con los servicios adecuados.

Puesto que la evidencia que subyace a esta terapia es más bien general, relativa a sus componentes (Hobfoll et al., 2007), no se puede considerar que esté plenamente basada en la evidencia (APA, 2009). Sin embargo, al no existir tampoco evidencia en contra, como en el caso del *debriefing*, todas las guías de buena práctica clínica hacen alusión implícita o explícita a estos primeros auxilios psicológicos para explicar el manejo de los momentos inmediatamente posteriores a una situación traumática. (ACPMH, 2013; APA, 2004; NICE, 2005; NIMH, 2002; Roberts et al., 2010; VA/DoD, 2010) (véase la tabla 6).

Una vez que las víctimas tienen ya sus necesidades básicas cubiertas y disponen de una información mínima sobre lo que les sucede, lo que las guías recomiendan es que, durante los primeros días y semanas tras el acontecimiento traumático, la figura del terapeuta deje de ser tan activa y pase a adoptar un estado de “espera vigilante”, “monitorización”, “*stepped care*” o “cuidado estratificado” (ACPMH, 2013; APA, 2004; NICE, 2005; NIMH, 2002; Roberts et al., 2010; VA/DoD, 2010), según la cual, el profesional de la salud permanece atento, especialmente, a aquellas víctimas que sienten más malestar o tienen más peligro en su ajuste psicológico y se asegura de que reciben el tratamiento adecuado según la gravedad y complejidad de sus síntomas (véase la tabla 6).

Por eso, durante el primer mes tras el trauma, solamente las personas que muestran síntomas graves (p. ej., un elevado nivel de estrés o el riesgo de hacerse daño a sí mismas o a otros) o son diagnosticadas con alguna patología, muy frecuentemente

Trastorno por Estrés Agudo (TEA), son identificadas por las guías como las únicas a las que se debe aplicar alguna intervención temprana específica

En el momento actual, la terapia que cuenta con un mayor aval empírico a la hora de facilitar, en estos primeros momentos, la recuperación psicológica de las víctimas de acontecimientos traumáticos y de prevenir la aparición del TEPT es la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) centrada en el trauma (Bryant, Harvey, Dang, Sackville, y Basten, 1998; Bryant, Mastrodomenico et al., 2008; Bryant, Moulds, y Nixon, 2003; Bryant, Sackville, Dang, Moulds, y Guthrie, 1999; Foa, Zoellner, y Feeny, 2006; Shalev et al., 2012) y por eso, es recomendada como la primera línea de intervención específica en personas con sintomatología postraumática grave o diagnóstico de TEA tras un acontecimiento traumático (ACPMH, 2013; APA, 2004; NICE, 2005; NIMH, 2002; Roberts et al., 2010; VA/DoD, 2010). Como su propio nombre indica, este tipo de intervención incluye componentes cognitivo-conductuales que abordan específicamente lo sucedido durante la situación traumática, normalmente, exposición (en vivo y/o en imaginación) y reestructuración cognitiva. En el contexto de la intervención temprana es individual, ambulatoria y breve, de 4-5 sesiones (NICE, 2005; VA/DoD, 2010) o como mucho de entre 5 y 10 (ACPMH, 2013) pero también intensiva (las sesiones suelen ser semanales y cuando incluyen exposición en imaginación pueden durar alrededor de los 90 minutos) (véase la tabla 6).

Por último, a pesar de que hoy por hoy las guías no reflejan que haya estudios controlados suficientes para recomendar el uso de psicofármacos en la prevención de TEA y de TEPT, los expertos sí reconocen los beneficios que puede suponer el uso de medicamentos para tratar algunos síntomas agudos en pacientes adultos. De hecho, en muchas guías se considera buena práctica clínica el uso de farmacoterapia cuando existe un patrón de hiperactivación extremo y sobre todo, si se dan problemas para dormir

(ACPMH, 2013; APA, 2004; NICE, 2005; NIMH, 2002), aunque para algunas guías éste sea un último recurso tras haber agotado otras estrategias psicológicas (ACPMH, 2013; VA/DoD, 2010). Además, las guías se muestran cautelosas con el uso de benzodiacepinas y otros hipnóticos, considerando que solamente deberán administrarse a corto plazo y sustituirse por antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), en caso de que la farmacoterapia deba prolongarse (ACPMH, 2013; NICE, 2005; Stein et al., 2006; VA/DoD, 2010) (véase la tabla 6).

Resumiendo, entonces, más allá de los primeros auxilios psicológicos que, aunque no están avalados empíricamente, sí se recomiendan explícita o implícitamente en las guías de buena práctica clínica, la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es la única línea de tratamiento formal para la intervención inmediata tras situaciones traumáticas que está apoyada en la evidencia, aunque, de acuerdo a la “política” dimensional y poco específica de las revisiones y guías de buena práctica clínica, solamente cuando se observen síntomas o trastornos graves que puedan dificultar el proceso de recuperación natural que se da para la mayoría de las personas. La terapia psicofarmacológica se contemplaría según las guías como una manera de atajar síntomas agudos graves, como el insomnio, aunque con reservas sobre el tratamiento prolongado de fármacos como los hipnóticos en general y las benzodiacepinas en particular. Y por supuesto, técnicas más invasivas, como el *debriefing* han quedado descartadas como una forma inadecuada de intervenir en los momentos inmediatamente posteriores al trauma.

2.1.2 Tratamiento del TEPT en adultos

Cuando la sintomatología postraumática no remite durante las cuatro primeras semanas después del acontecimiento traumático, los manuales diagnósticos señalan que

ya podemos hablar de un TEPT plenamente instaurado y por tanto, es a partir de entonces cuando las guías de buena práctica clínica recomiendan el uso de tratamientos específicos para este trastorno.

Respecto a la terapia de elección para tratar el TEPT, existen dos posturas bien diferenciadas entre las guías de expertos. Aunque todas ellas mencionan algún tipo de terapia psicológica centrada en el trauma como primera alternativa de tratamiento, algunas sitúan la psicofarmacoterapia al mismo nivel, también como primera línea de intervención, (APA, 2004; NIMH, 2002; VA/DoD, 2010) mientras que otras, la relegan a un segundo o tercer puesto (NICE, 2005; Roberts et al., 2010 y ACPMH, 2013, respectivamente) o incluso, algunas, la descartan del todo (Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, 2007) (véase la tabla 6).

Cuando las guías utilizan el término terapia psicológica focalizada en el trauma, a menudo se están refiriendo a dos tipos de intervención que hoy día cuentan con un apoyo empírico fuerte: la ya mencionada TCC centrada en el trauma o el *Eye Movement Desensitization y Reprocessing* (EMDR).

Tal y como se ha descrito anteriormente, la TCC centrada en el trauma es una intervención estructurada, limitada en el tiempo, donde se hace uso de estrategias cognitivo-conductuales, fundamentalmente, exposición y reestructuración cognitiva, para manejar las emociones, cogniciones y comportamientos que se siguen tras un acontecimiento traumático. Su eficacia para el tratamiento del TEPT se ha comprobado en multitud de ensayos clínicos, donde se comparaba con un grupo de control de lista de espera, con el tratamiento usual o con otras intervenciones (Asukai, Saito, Tsuruta, Kishimoto, y Nishikawa, 2010; Basoglu, Salcioglu, y Livanou, 2007; Başoğlu, Salcioğlu, Livanou, Kalender, y Acar, 2005; Bass et al., 2013; Blanchard et al., 2003; Blanchard et al., 2004; Bryant et al., 2011; Bryant, Moulds et al., 2008; Bryant, Moulds,

Guthrie, Dang, y Nixon, 2003; Chard, 2005; Chard, Ricksecker, Healy, Karlin, y Resick, 2012; Cooper y Clum, 1989; Cottraux et al., 2008; Dickstein, Walter, Schumm, y Chard, 2013; Duffy et al., 2007; Echeburúa, De Corral, Sarasua, y Zubizarreta, 1996; Ehlers et al., 2003; Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, y Fennell, 2005; Fecteau y Nicki, 1999; Feske, 2008; Foa et al., 1999; Foa et al., 2005; Foa, Yusko, et al., 2013; Foa, McLean, Capaldi, y Rosenfield, 2013; Foa, Rothbaum, Riggs, y Murdock, 1991; Forbes et al., 2012; Galovski, Blain, Mott, Elwood, y Houle, 2012; Hinton et al., 2005; Hinton, Hofmann, Rivera, Otto, y Pollack, 2011; Johnson, Zlotnick, y Perez, 2011; Kaysen et al., 2014; Keane, Fairbank, Caddell, y Zimering, 1989; Kubany et al., 2004; Kubany, Hill, y Owens, 2003; Macdonald, Monson, Doron-Lamarca, Resick, y Palfai, 2011; Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou, y Thrasher, 1998; McDonagh et al., 2005; McLay et al., 2011; Monson et al., 2006; Monson et al., 2012; Mueser et al., 2008; Nacasch et al., 2011; Neuner et al., 2010; Pacella et al., 2012; Resick et al., 2008; Resick, Nishith, Weaver, Astin, y Feuer, 2002; Resick, Williams, Suvak, Monson, y Gradus, 2012; Schnurr et al., 2007; Shnaider et al., 2014; Sijbrandij et al., 2007; Surís, Link-Malcolm, Chard, Ahn, y North, 2013; Tarrier et al., 1999; Taylor et al., 2003; Vera et al., 2011; Wachen, Jimenez, Smith, y Resick, 2014; Zlotnick, Johnson, y Najavits, 2009) e incluso, en revisiones y estudios de metaanálisis (Foa, 2011; Foa y Meadows, 1997; McLean y Foa, 2011; Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan, y Foa, 2010; Van Etten y Taylor, 1998).

Además, según la División 12 de la *American Psychologist Association*, que selecciona en cada momento los protocolos de tratamiento bien fundamentados en la evidencia, en este año 2015, dos de las cinco terapias que cuentan con un fuerte apoyo empírico pertenecen a la categoría de TCC centrada en el trauma y responderían a cada uno de sus dos principios básicos. Así, la Terapia de Exposición Prolongada de Foa y

Rothbaum (1998) se basaría fundamentalmente en la técnica de exposición al trauma y la Terapia de Procesamiento Cognitivo de Resick y Schnicke (1993), a la reestructuración cognitiva (véase la tabla 6).

La terapia de exposición prolongada de Foa y Rothbaum (1998) es sin duda la forma más conocida de hacer exposición con pacientes que tienen TEPT y cuenta con ensayos clínicos (Bryant, Moulds et al., 2008; Foa et al., 1999; Foa et al., 2005; Foa, McLean et al., 2013; Foa, Yusco et al., 2013; Nacasch et al., 2011; Resick et al., 2002; Taylor et al., 2003) y revisiones metaanalíticas (Foa, 2011; McLean y Foa, 2011; Powers et al., 2010) que la avalan. Se trata de una intervención individual, de entre 9 y 12 sesiones, cada una de aproximadamente 90 minutos, que consta de cuatro componentes fundamentales: (1) psicoeducación sobre el trauma; (2) entrenamiento en respiración; (3) exposición en vivo a los estímulos temidos y evitados; y (4) exposición en imaginación al recuerdo. La exposición, tanto en vivo como en imaginación, comienza tempranamente, en la segunda y tercera sesiones respectivamente, aunque en realidad, los pacientes empiezan a exponerse al trauma desde la primera semana, puesto que ya desde entonces y a lo largo de todo el tratamiento se les pedirá, como tarea para casa, que escuchen una grabación de lo acontecido en cada sesión. Además, la exposición en imaginación, que supone contar un relato sobre el acontecimiento traumático es prolongada, dura entre 30 y 45 minutos y se repite las veces que sea necesario para completar ese tiempo obligatorio. A partir de la sexta o séptima sesión, los relatos se especializan en torno a los llamados “puntos calientes”, que son micro recuerdos especialmente difíciles de contar por el paciente, pero que también deberán ser relatados tantas veces sea necesario como para que la ansiedad asociada a ellos disminuya.

La terapia de exposición prolongada se basa en las teorías clásicas del aprendizaje, como la de los dos procesos de Mower, (1960) pero también, en las teorías del procesamiento de la información, según las cuales el miedo está almacenado en la memoria en forma de redes de conocimiento-respuesta-significado, que en el caso del trauma son especialmente fuertes y fácilmente activables (Foa, Steketee, y Rothbaum, 1989; Lang, 1979). Por eso, aunque la terapia busca la habituación a la ansiedad, también pretende el reprocesamiento del trauma y para ello, establece, en primer lugar, que la exposición sea especialmente vívida (relatos emocionales, realizados en tiempo presente), puesto que es la única manera de activar las redes del miedo e introducir información correctiva (por ejemplo, sobre la habituación), pero también señala la necesidad de que las emociones y pensamientos que surgen tras la exposición sean valoradas y discutidas después de cada ensayo, de manera que las estructuras del miedo puedan ser finalmente modificadas e integradas en el conocimiento preexistente.

A pesar de sus beneficios, es importante tener en cuenta que la terapia de exposición prolongada de Foa y Rothbaum (1998) no puede ser utilizada por todo tipo de pacientes. Además de no estar indicada para personas con un riesgo suicida inminente, autolesión grave, psicosis activa o riesgo actual de amenaza, los autores enfatizan que para poder llevar a cabo este tipo de intervención con éxito las personas deben tener un recuerdo suficiente sobre el trauma y que cuando lo que existe es solo un conjunto de impresiones vagas sobre lo sucedido, la exposición prolongada no debería ser el tratamiento de elección.

La terapia de procesamiento cognitivo de Resick y Schnicke (1993) o CPT también se asienta sobre un buen número de ensayos clínicos (Bass et al., 2013; Chard, 2005; Chard et al., 2012; Dickstein et al., 2013; Forbes et al., 2012; Galovski et al., 2012; Kaysen et al., 2014; Macdonald et al., 2011; Monson et al., 2006; Monson et al.,

2012; Morland et al., 2014; Resick et al., 2008; Resick et al., 2012; Shnaider et al., 2014; Surís et al., 2013; Wachen et al., 2014). Esta terapia de 12 sesiones es básicamente una adaptación de la terapia cognitiva tradicional propuesta por Beck, y Emery (1985). Tal y como lo definen sus autores, el objetivo primordial de este abordaje son emociones como la tristeza, la desesperanza, la ira, la culpa o la vergüenza, que, aunque son diferentes al miedo, están frecuentemente asociadas al TEPT (Brewin, Andrews y Rose, 2000; Pitman et al., 1990). Según las teorías socio-cognitivas sobre el trauma, el estado emocional de las víctimas de acontecimientos traumáticos sería el resultado de la discrepancia entre esquemas previos sobre el mundo y la nueva realidad que representan dichos acontecimientos (Horowitz, 1986; Janoff-Bulman, 1992). Aunque el mecanismo de reexperimentación/evitación serviría para traer información dosificada a la mente y por tanto, sería una manera “natural” de “forzar” a las personas a contemplar y disminuir estas discrepancias (Horowitz, 1986), algunos autores propusieron que la adaptación de una persona tras vivir una situación traumática necesitaba también de un procesamiento voluntario en el que el individuo reflexionase conscientemente y pusiera en consonancia sus esquemas previos con la nueva realidad que le había tocado vivir (Janoff-Bulman, 1992). En los pacientes con TEPT, esta adaptación (o acomodación de las creencias preexistentes a la nueva realidad) se vería perjudicada por la existencia de procesos de distorsión de los recuerdos relacionados con el trauma, con el fin de encajarlos en las creencias previas (asimilación) y por la generalización de creencias distorsionadas a raíz de la experiencia traumática (sobre acomodación) (Resick y Schnicke, 1993). La terapia de procesamiento cognitivo, por tanto, se basaría en estas teorías cuando reconoce que, aunque la habituación puede darse también para otras emociones distintas al miedo, no siempre es deseable que así sea, sobre todo, cuando se han dado estos procesos cognitivos desadaptados. Por eso,

Capítulo 2: El tratamiento del terror

tras ofrecer psicoeducación del trauma basada en este modelo cognitivo y aunque incluye dos sesiones de exposición al relato (en este caso, escrito), se centra fundamentalmente en detectar y poner a prueba “puntos de estancamiento” (creencias y pensamientos problemáticos) sobre las causas y consecuencias del atentado pero también sobre dimensiones tan cruciales como la seguridad, la confianza, el control, la estima y la intimidad con los otros.

Algunos estudios han tratado de comprobar si alguna de estas dos opciones de TCC centrada en el trauma, exposición o terapia cognitiva, era mejor que la otra, y aunque en algunas ocasiones se ha obtenido una ligera ventaja de la exposición sobre la reestructuración cognitiva (Roberts et al., 2010) en general, lo que la literatura científica revela es que ambas dos tienen iguales beneficios y que, además, su adición no redundante en mejores resultados que el uso de cada una de ellas por separado (Marks et al., 1998; Paunovic y Öst, 2001; Tarrier et al., 1999; Tarrier, Sommerfield, Pilgrim, y Faragher, 2000). Esto, que podría resultar contradictorio con la realidad clínica donde la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma a menudo encierra las dos estrategias, podría tener sentido después de haber analizado la terapia de exposición y la terapia cognitiva a través de los dos protocolos específicos de exposición prolongada y CPT descritos hasta ahora, porque en realidad, la una es exposición con elementos cognitivos y la otra, es terapia cognitiva con exposición, con lo que es muy probable que los estudios estén, efectivamente, comparando dos cosas iguales y que la combinación sea, en realidad, redundante.

Esta idea de la exposición y la reestructuración cognitiva como un todo, encajaría, además, con las teorías de representación dual (Brewin, Dalgleish, y Joseph, 1996) que, tratando de conciliar los modelos socio-cognitivo y de procesamiento de la información mencionados anteriormente, argumentarían que el reprocesamiento de un

evento traumático requeriría, a partes iguales, de la exposición, para la activación y conciliación de dos tipos diferentes de memorias traumáticas (verbal y situacionalmente accesible) pero precisaría también de una búsqueda consciente de significado que resolviera discrepancias cognitivas y aliviara con ello las emociones secundarias (emociones distintas al miedo) que son resultado directo de ellas.

Por eso, cuando las guías de tratamiento recomiendan la TCC centrada en el trauma, a menudo se refieren a un tratamiento multicomponente donde se da ese tándem exposición-reestructuración cognitiva y donde es muy frecuente que se añadan otras estrategias cognitivo-conductuales, como la psicoeducación, el manejo de la ansiedad y la prevención de recaídas (ACPMH, 2013; APA, 2004), que en realidad, también estaban incluidas en los protocolos específicos de exposición prolongada y terapia cognitiva ya mencionados (véase la tabla 6).

El EMDR (Shapiro, 1995) sería una alternativa válida a la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, aunque no para todas las guías de tratamiento, como la del *Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder* (2007), que rechaza esta estrategia de intervención para el abordaje del TEPT. Al igual que los tratamientos anteriores, esta terapia estaría basada en la suposición de que la patología postraumática está causada por un fallo de procesamiento, debido, en este caso, a la alta activación y a los procesos disociativos que se suelen dar en los momentos de peligro intenso. Por eso, el objetivo final sería el reprocesamiento del trauma, y éste se llevaría a cabo a través del recuerdo de la situación traumática y la focalización en los pensamientos, emociones y sensaciones negativas asociadas a ella. Sin embargo, a diferencia de la exposición, en el EMDR el recuerdo sobre la situación traumática es breve, aunque repetido y sobre todo, ha de ir acompañado del movimiento de los ojos o de cualquier otro tipo de estimulación bilateral (*tapping*, barras de luz,

estímulos auditivos). De hecho, según sus creadores, es este mecanismo de atención dual lo que facilitaría el reprocesamiento de los recuerdos traumáticos y su integración en las redes de memoria preexistentes.

El EMDR tiene un fuerte apoyo empírico, con varios estudios que muestran su superioridad frente a grupos control de lista de espera y frente al tratamiento usual u otros tratamientos (Boudewyns, Stwertka, Hyer, Albrecht, y Sperr, 1993; Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund, y Muraoka, 1998; Devilly y Spence, 1999; Högberg et al., 2007; Ironson, Freud, Strauss, y Williams, 2002; Jensen, 1994; Johnson y Lubin, 2006; Karatzias et al., 2011; Marcus, Marquis, y Sakai, 1997; Power et al., 2002; Rothbaum, 1997; Rothbaum, Astin, y Marsteller, 2005; Scheck, Schaeffer, y Gillette, 1998; Taylor et al., 2003; Vaughan et al., 1994; Wilson, 1995; Wilson, Becker, y Tinker, 1997)

Además, en la *Task Force* de la División 12 de la *American Psychological Association*, el EMDR es uno de los cinco tratamientos bien establecidos para la población adulta y por tanto, tiene la misma consideración que la terapia de exposición prolongada de Foa y Rothbaum, (1998) y la terapia cognitiva de Resick y Schnicke, (1993) Sin embargo, en esta misma división también se subraya que el EMDR es un tratamiento sujeto a controversias (véase la tabla 6). En primer lugar, porque el mecanismo que subyace a la estimulación bilateral sigue ofreciendo muchas dudas. En general, los estudios que comparan TCC centrada en el trauma con EMDR (Ironson et al., 2002; Johnson y Lubin, 2006; Power et al., 2002; Rothbaum et al., 2005; Taylor et al., 2003; Vaughan et al., 1994) no encuentran diferencias entre ellas, por lo que muchos autores han sugerido que en realidad el mecanismo por el cual el EMDR funciona podría ser exactamente el mismo que en la exposición y que, por tanto, el movimiento de los ojos podría resultar un detalle superfluo (Davidson y Parker, 2001; Hembree y Foa, 2003; Hembree, Cahill, y Foa, 2003; Herbert et al., 2000; Maxfield y Hyer, 2002).

Es importante añadir, por otro lado, que el EMDR con el tiempo, ha ido incluyendo otros componentes de tratamiento como la terapia cognitiva, el afrontamiento en imaginación (incrementar estrategias de afrontamiento de manera anticipada a los estresores), exposición in vivo o técnicas de relajación, en definitiva, la mayoría de elementos de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. Por eso, los protocolos han aumentado de una sola sesión de 90 minutos a tratamientos de 8-10 sesiones, muy parecidos también en duración a la TCC centrada en el trauma, por lo que al final el movimiento de ojos es lo único que diferencia a una terapia de la otra, sin que hoy día se sepa a ciencia cierta si realmente ésta es una diferencia significativa o no. Por eso, algunas guías, como la de la APA, (2004) consideran que el EMDR forma parte de un continuo dentro de las técnicas cognitivo-conductuales y que quizás, lo que aporta es un mayor control para el paciente en su experiencia de exposición, lo cual podría suponer una ventaja para aquellas personas que no pudieran tolerar la exposición prolongada o para las que tuvieran dificultades en verbalizar sus experiencias traumáticas (APA, 2004)

A pesar de que las terapias psicológicas focalizadas en el trauma examinadas hasta ahora (TCC y EMDR) cuentan con un extenso aval científico, es importante hacer algunas matizaciones, tanto sobre los propios estudios que las apoyan como sobre el contenido de estas intervenciones en sí mismo. En lo que se refiere a los estudios, aunque existen una gran cantidad de ensayos que comparan estas terapias con grupos de control (lista de espera o tratamiento usual), la investigación sobre la comparación entre intervenciones psicológicas e incluso, entre éstas y tratamientos farmacológicos es más escasa. De hecho, aunque existen algunas investigaciones comparativas que muestran evidencia limitada de que la TCC centrada en el trauma y el EMDR podrían ser superiores a la medicación ISRS (Frommberger et al., 2004; van der Kolk et al., 2007),

no hay resultados concluyentes a este respecto. Por otra parte, es muy importante hacer constar que las investigaciones sobre este tipo de terapias suelen realizarse casi siempre por los mismos equipos de investigación, lo cual podría suponer un sesgo importante (Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, 2007; Roberts et al., 2010). Además, los grupos de control de los ensayos clínicos a menudo incluyen elementos terapéuticos como, por ejemplo, una relación de confianza, apoyo emocional, movilización de expectativas positivas e incluso, técnicas como la psicoeducación, todo lo cual, podría generar muchos cambios en los pacientes y por tanto, no ser un criterio de comparación válido (Ehlers et al., 2010; Schnurr, 2007). Y por supuesto, hay que tener en cuenta que en muchos de estos estudios los pacientes están tomando medicación psiquiátrica y que, de hecho, en las guías de buena práctica clínica se explicita que los tratamientos farmacológicos pueden continuar al mismo tiempo que los psicológicos, aunque, lógicamente, teniendo en cuenta la interferencia que la psicofarmacología podría tener en el curso de la terapia psicológica (ACPMH, 2013). A pesar de la importancia que podría tener en los resultados la adición de psicofármacos (Otto et al., 2003; Schneier et al., 2012) son muy pocos los estudios que midan o incluso, que describan este efecto combinado.

Por otro lado, aunque la falta de efectos secundarios se ha considerado una ventaja de las terapias psicológicas frente a las psicofarmacológicas, es importante recalcar que los tratamientos psicológicos tampoco son del todo inocuos. Por ejemplo, la terapia psicológica centrada en el trauma, fundamentalmente, la que incluye técnicas de exposición, suele producir malestar en las personas (Foa y Rothbaum, 1998). Aunque algunos expertos han manifestado su preocupación sobre la posibilidad de que este tipo de intervenciones produjera un empeoramiento más que una mejora de los síntomas (Pitman et al., 1990; Tarrier et al., 1999) y/o mayores tasas de abandono (Cloitre et al.,

2002) por lo general el malestar de la exposición es eventual y la evidencia científica demuestra que las tasas de empeoramiento de la exposición son bajas o al menos, no mayores que otro tipo que otras intervenciones (Cloitre et al., 2002; Gillespie et al., 2002; Taylor et al., 2003) y que sus tasas de abandonos no son superiores a las de otro tipo de intervenciones cognitivo-conductuales (Hembree, Foa, et al., 2003)

Además de las terapias psicológicas focalizadas en el trauma (TCC y EMDR), otra alternativa de tratamiento para las personas que han vivido una situación traumática sería la terapia farmacológica, aunque en el caso del TEPT ésta sea, tal y como se comentaba anteriormente, primera (APA, 2004; NIMH, 2002; VA/DoD, 2010), segunda (NICE, 2005), tercera (ACPMH, 2013) e incluso, cuarta (Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, 2007) opción de tratamiento, según la guía que se consulte. Así, mientras que algunos expertos la equiparan a la terapia psicológica focalizada en el trauma (APA, 2004; NIMH, 2002; VA/DoD, 2010), otros solo la recomiendan en caso de que ninguna terapia psicológica focalizada en el trauma haya funcionado o existan una serie de supuestos especiales, como que el paciente rechace la exposición al trauma, que exista un nivel de amenaza seria (por ejemplo, en caso de violencia doméstica todavía presente) o cualquier condición (niveles graves de depresión, hiperactivación, problemas de sueño, etc.) que interfiera el correcto desarrollo de la terapia psicológica (NICE, 2005), incluso entonces, según la opinión de algunos expertos, los terapeutas deberían haber probado antes otras terapias psicológicas no focalizadas en el trauma (ACPMH, 2013) y finalmente, estarían revisiones como la del *Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*, (2007), que continuarían rechazándola de todas las maneras (véase la tabla 6).

A pesar de que existen modelos neurobiológicos, sobre todo, sobre la memoria, el procesamiento emocional y la resistencia a la extinción de los pacientes con TEPT (Guthrie y Bryant, 2006; Myers y Davis, 2007; Quirk, Garcia, y González-Lima, 2006; Ressler et al., 2004; Sharot, Delgado, y Phelps, 2004; Wessa y Flor, 2007) hoy en día no hay ningún psicofármaco específico para este trastorno, de manera que el tratamiento psiquiátrico actual se basa en el uso de medicación que fue diseñada para otras patologías. De hecho, según las últimas revisiones (Stein et al., 2006) los psicofármacos que cuentan con un mayor aval científico para el tratamiento del TEPT son antidepresivos y en concreto, los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina o ISRS (Brady et al., 2000; Connor, Sutherland, Tupler, Malik, y Davidson, 1999; Davidson, Pearlstein, et al., 2001; Davidson, 2004; Davidson et al., 2005; Davidson, Rothbaum, van der Kolk, Sikes, y Farfel, 2001; Fani et al., 2011; Marshall, Beebe, Oldham, y Zaninelli, 2001; Martényi, Brown, Zhang, Koke, y Prakash, 2002; Martenyi, Brown, Zhang, Prakash, y Koke, 2002; Martényi y Soldatenkova, 2006; Tucker et al., 2001; Tucker et al., 2004). Los ISRS, además, contarían con la ventaja de ser efectivos para otros trastornos que aparecen frecuentemente de manera comórbida al TEPT (por ejemplo, depresión, trastorno de pánico, fobia social y trastorno obsesivo compulsivo) y podrían servir también para reducir síntomas clínicos agudos (suicidio, conductas impulsivas y comportamiento agresivo). Además, aunque pueden tener efectos secundarios (dolores de cabeza, náuseas, pérdida de la libido y agitación) estos efectos son más inocuos que los de otras medicaciones. Por todas estas razones, los ISRS suponen la primera línea de intervención psicofarmacológica en las guías de buena práctica clínica (APA, 2004; ACPMH, 2013; NICE, 2005; NIMH, 2002; VA/DoD, 2010) (véase la tabla 6).

Aunque no cuentan con el mismo aval científico y además, tienen más efectos secundarios, se considera habitualmente como una segunda línea de tratamiento psicofarmacológico el uso de otros antidepresivos, sobre todo, los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), pero también los tricíclicos e incluso, los inhibidores de la monoamino oxidasa o IMAOS, entre otros (Baker et al., 1995; Davidson et al., 1990; Davidson, Baldwin et al., 2006; Davidson, Rothbaum et al., 2006; Katz et al., 1994; Kosten, Frank, Dan, McDougle, y Giller, 1991), aunque los IMAOS han mostrado también resultados negativos (Stein et al., 2006) Por último, una tercera opción de intervención sería el uso de antipsicóticos atípicos que a menudo se utiliza como coadyuvante de los ISRS, como herramienta útil para el control de la agitación en casos más crónicos o cuando existen síntomas psicóticos concomitantes (Bartokis, Lu, Turner, Mintz, y Saunders, 2005; Butterfield et al., 2001; Hamner et al., 2003; Krystal et al., 2011; Reich, Winternitz, Hennen, Watts, y Stanculescu, 2004; Stein et al., 2006), aunque también han mostrado algunos resultados negativos (Stein et al., 2006)

Existen, además, otras sustancias que se están sometiendo a estudio en la actualidad como los estabilizadores del estado de ánimo (para los cambios de humor que pueden aparecer en el TEPT crónico), anticonvulsivos, beta bloqueantes, alfabloqueadores, etc. aunque ninguno de ellos cuenta con el aval científico necesario hoy día como para ser un tratamiento de primera elección (ACPMH, 2013)

Al igual que antes, las guías siguen recomendando el uso de medicación para tratar síntomas agudos de hiperactivación y en concreto, los problemas para la conciliación del sueño, pero cuidando que el uso de hipnóticos, en general, se dé solamente a corto plazo y mostrando preocupación respecto a la administración de benzodiacepinas ya que, más allá de que su eficacia para tratar los síntomas del TEPT

no ha sido bien establecida (Gelpin, Bonne, Peri, Brandes, y Shalev, 1996; Mellman, Bustamante, David, y Fins, 2002), parece que podrían producir dependencia e incluso, incrementar los síntomas a raíz de su discontinuación (Risse et al., 1990) (véase la tabla 6).

Por otro lado, a pesar de que los ISRS son la primera línea de intervención psicofarmacológica e incluso, para algunas guías, primera línea de intervención, lo cierto es que sus resultados se han mostrado inconsistentes a lo largo de la literatura científica. Por ejemplo, algunos estudios con fluoxetina (Hertzberg, Feldman, Beckham, Kudler, y Davidson, 2000; Martényi, Brown, y Caldwell, 2007; van der Kolk et al., 1994; van der Kolk et al., 2007), sertralina (Brady et al., 2005; Davidson, Rothbaum et al., 2006; Friedman, Marmar, Baker, Sikes, y Farfel, 2007; Zohar et al., 2002) y paroxetina (Fani et al., 2009) muestran resultados negativos, sin beneficios clínicos del tratamiento psicofarmacológico respecto al placebo. A pesar de ello, la investigación en psicofarmacoterapia en los últimos 10 años sigue utilizando los ISRS como principal criterio de comparación para el análisis de eficacia de otras sustancias (ACPMH, 2013)

Algunas guías han justificado de alguna manera estos malos resultados haciendo notar que el efecto placebo de los estudios psicofarmacológicos es tan grande que a menudo la comparación con los tratamientos psiquiátricos es injusta (ACPMH; 2013). Sin embargo, los grupos de control en los estudios sobre tratamientos psicológicos, como ya se ha comentado, también puede llegar a generar muchos cambios (Ehlers et al., 2010; Schnurr, 2007) y podría llegar a ser igualmente problemático. También se ha aducido que los fármacos podrían estar funcionando mejor en algunas poblaciones concretas de víctimas y peor en otras, por lo que su eficacia debería tenerse en cuenta para cada subgrupo de personas. De hecho, una reciente actualización de la guía del APA de 2004 (APA, 2009) muestra que muchos de los estudios con resultados

negativos sobre los ISRS, muchos de los cuales ya se mencionaban en la guía de 2004, se realizaron en la población de veteranos de guerra (Friedman et al., 2007; Hertzberg et al., 2000; van der Kolk et al., 1994; van der Kolk et al., 2007; Zohar et al., 2002). Por eso, en esta revisión se sugiere que a partir de entonces estos fármacos dejen de ser considerados como primera línea de intervención, al menos, para esta población específica (APA, 2009)

Más allá de esto, no existe, en general, evidencia suficiente como para desaconsejar la terapia psicofarmacológica, como sí ocurría, por ejemplo, en el caso del *debriefing*. Como, además, en muchas ocasiones la terapia farmacológica es mucho más accesible que la psicológica, las guías proponen una serie de pautas de administración que deberán tomarse en cuenta. En este sentido, se recomienda que los pacientes a los que se administra medicación sean monitorizados desde el principio, sobre todo, en caso de que tengan un mayor riesgo de suicidio y fundamentalmente, entre la franja de 18 y 29 años, en la que existe un aumento de ideación suicida asociado a la toma de medicación antidepresiva (NICE, 2005). Además de esto, los pacientes deberán ser informados de cualquier efecto secundario y de discontinuación que esté ligado a su tratamiento (NICE, 2005) y algunas guías, incluso, recomiendan que durante la toma de medicación las personas sigan recibiendo psicoeducación y apoyo psicológico, debiendo valorarse en todo caso la reintroducción de una terapia psicológica específica como coadyuvante (ACPMH, 2013) (véase la tabla 6).

Adicionalmente, existe un consenso generalizado respecto a que la psicofarmacología, si muestra resultados positivos, deberá ser prolongada durante un tiempo suficiente (entre 4 semanas para la VA/DoD, 2010 y 12-13 meses según la ACPMH, 2013; NICE, 2005) antes de empezar su gradual abandono. Sin embargo, existe una mayor diferencia de criterio sobre qué hacer en caso de que los síntomas no

remitan con la psicofarmacología. Mientras que algunas guías hablan, en general, de combinar el tratamiento psicológico con el psicofarmacológico, en caso de que alguno de ellos no funcione según lo esperado (APA, 2004), otras son más específicas cuando sugieren incrementar las dosis, cambiar de antidepresivo o añadir otros psicofármacos como los antipsicóticos coadyuvantes (VA/DoD, 2010) y en todo caso, reconsiderar la intervención psicológica (ACPMH, 2013; NICE, 2005) (véase la tabla 6). No obstante, es importante tener en cuenta que, a pesar de que existen resultados positivos de la combinación de fármacos y terapia psicológica, sobre todo, en el caso de la sertralina, la paroxetina y la TCC centrada en el trauma (Otto et al., 2003; Schneier et al., 2012), la evidencia al respecto no es concluyente.

Tras las terapias psicológicas focalizadas en el trauma y el uso de psicofármacos, una última opción de tratamiento sería el uso de otras terapias psicológicas no focalizadas en el trauma. Sobre ellas, hay, sin embargo, mucha más disensión de opiniones. Mientras que en algunas guías estas terapias se rechazan explícitamente (NICE, 2005; *Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*, 2007) el uso de otras psicoterapias no centradas en el trauma, siempre y cuando éstas tengan el aval científico suficiente, sí es contemplado en otras guías (APA, 2004; VA/DoD, 2010) e incluso, preferido antes que la psicofarmacología (ACPMH, 2013) (véase la tabla 6).

Entre estas terapias psicológicas no focalizadas en el trauma las guías suelen destacar sobre todo, una: la terapia de inoculación de estrés o terapia de manejo del estrés (véase la tabla 6). Este tipo de intervención englobaría toda una suerte de estrategias dirigidas a reducir los niveles de activación y modificar factores del estilo de vida que contribuyen a aumentar el nivel de estrés o de ansiedad. Estarían contempladas, entonces, estrategias fisiológicas (entrenamiento en relajación,

respiración, ejercicio aeróbico, higiene del sueño y modificaciones en la dieta), estrategias cognitivas (autoinstrucciones, distracción y parada de pensamiento) y estrategias comportamentales (planificación de rutinas, actividades agradables y el uso de apoyo social). Aunque este tipo de tratamiento cuenta con aval empírico a su favor (Carlson et al., 1998; Foa et al., 1991; Foa et al., 1999; Vaughan et al., 1994) la terapia de inoculación de estrés no es considerada por la división 12 de la *American Psychological Association* como una terapia con un apoyo empírico fuerte, sino solo moderado (véase la tabla 6).

En cambio, otro protocolo de tratamiento no focalizada en el trauma, conocido como Terapia Centrada en el Presente de Classen, Butler, y Spiegel, (2001), que también cuenta con aval empírico (Classen et al., 2011; McDonagh et al., 2005; Schnurr et al., 2003) sería otra de las cinco intervenciones específicas con apoyo empírico fuerte según la *Task Force*. Esta terapia, que incluye psicoeducación sobre el trauma pero se centra, fundamentalmente, en la solución de problemas actuales y en la modificación de patrones de conducta social desadaptativos, sin embargo, no se recomienda en ninguna de las guías de práctica clínica examinadas (véase la tabla 6).

Por último, es importante señalar que algunas de las guías (ACPMH, 2013; APA, 2004) incluyen también otros formatos u otros tipos específicos de terapias psicológicas (centradas en el trauma o no) que están siendo investigadas en la actualidad, aunque todavía no disponen del aval científico necesario como para ser recomendadas. Por ejemplo, y aunque no constituyen terapias en sí mismas, estaría el formato grupal de la terapia cognitivo-conductual, que, aunque con resultados positivos (Beck, Coffey, Foy, Keane, y Blanchard, 2009), no ofrece estudios comparativos que permitan preferirlo al formato individual. También podría mencionarse aquí la TCC con realidad virtual (Difede, Cukor et al., 2007; McLay et al., 2011) y la TCC en formato

Capítulo 2: El tratamiento del terror

online (Knaevelsrud y Maercker, 2007; Lange et al., 2003; Spence et al., 2011), ambas con resultados prometedores, tanto, que en algunas guías sí se recomienda la TCC relacionada con el trauma en formato online, al menos, como alternativa mejor que la falta de tratamiento (ACPMH, 2013).

Entre las terapias relacionadas con el trauma que todavía no están bien establecidas estaría, por ejemplo, la terapia de ensayo imaginario (Forbes et al., 2003; Forbes, Phelps, y McHugh, 2001; Krakow et al., 2000; Krakow et al., 2001; Weine et al., 2008), en la que se evocan las pesadillas en vigilia y se cambia su contenido para que el paciente tenga un mayor control sobre ellas, o también, la terapia de exposición narrativa (Ertl, Pfeiffer, Schauer, Elbert, y Neuner, 2011; Neuner et al., 2010; Schauer, Neuner, y Elbert, 2005), según la cual los pacientes realizan una narrativa de su vida e incluyen un relato detallado sobre el acontecimiento traumático. La psicoterapia psicodinámica breve (Brom, Kleber, y Defares, 1989), que se centra en el conflicto inconsciente, es calificada en algunas guías como útil a nivel clínico, pero una vez más, sin el apoyo empírico necesario (APA, 2004, 2009)

Tampoco tendrían este apoyo otras terapias centradas en el presente como la terapia interpersonal, la terapia basada en el mindfulness (MCBT), ni otras terapias “físicas” que actualmente son objeto de estudio (por ejemplo, la estimulación repetida transcraneal o la acupuntura)(ACPMH, 2013)

Y por supuesto, aunque muchas veces no es considerada como una terapia en sí misma, la rehabilitación psicosocial de las personas expuestas a acontecimientos traumáticos aparece, implícita o explícitamente en todas las guías de tratamiento, entendiendo que más allá del plano clínico, se debería atender siempre a la rehabilitación vocacional, familiar y social de los pacientes, intentando reducir su grado de discapacidad y promover su recuperación, integración y calidad de vida, algo que

refleja, sin duda, resultados positivos cuando se ha estudiado formalmente (Dybdahl, 2001; Weine et al., 2008).

A tenor de todo lo hasta aquí expuesto se puede decir que las terapias psicológicas focalizadas en el trauma, TCC centrada en el trauma y EMDR, son tratamientos bien establecidos para el TEPT y primera línea de intervención según las guías de práctica clínica, aunque en el caso del EMDR, sigue habiendo cierta controversia acerca de la naturaleza y especificidad de los procesos por los cuales la terapia funciona. La terapia psicofarmacológica es primera o segunda línea de intervención (según la guía consultada) y hasta la fecha, los ISRS son los fármacos con un mayor aval empírico para el tratamiento del TEPT, a pesar de que existen también resultados negativos para ellos. Por supuesto, en las intervenciones sobre el TEPT se sigue considerando el uso de psicofármacos para el abordaje de síntomas agudos graves, como por ejemplo, el insomnio, aunque exactamente con las mismas precauciones que en el caso de las intervenciones inmediatas y el manejo de estrés o inoculación de estrés sería una tercera línea de intervención, aunque todavía hoy con una evidencia empírica moderada. Por último, otras terapias psicológicas y psicofarmacológicas estarían estudiándose en la actualidad, a fin de proveer a los terapeutas de nuevas alternativas de tratamiento que pudieran, además, suplir las carencias de las líneas de intervención bien establecidas.

2.1.3 Tratamiento del TEPT crónico y el TEPT complejo

Aunque, tal y como se mencionaba con anterioridad, el TEPT crónico ya no es una categoría como tal dentro de los manuales diagnósticos, la literatura específica sobre el tratamiento del trauma y algunas de las guías examinadas hasta ahora, en esa aproximación dimensional y progresiva a la terapia, proporcionan algunas sugerencias

sobre cómo abordar de manera óptima el tratamiento de las personas que padecen la patología postraumática a largo plazo (véase la tabla 6).

Mientras que algunas guías recomiendan el uso de otros psicofármacos como primera línea de intervención, en caso de que los tratamientos psicológicos y psiquiátricos (ISRS) de primera elección hubieran fracasado repetidas veces y la sintomatología se hubiera prolongado en el tiempo (VA/DoD, 2010), otras (ACPMH, 2013; NICE, 2005) vuelven a señalar la terapia psicológica focalizada en el trauma como tratamiento preferente, de manera coherente, además, con las revisiones metaanalíticas específicas sobre el tratamiento psicológico del TEPT crónico, que informan de que la terapia psicológica focalizada en el trauma (TCC o EMDR) sigue mostrando resultados positivos para estos pacientes y de hecho, es la que mayores beneficios reporta en ellos (Bisson et al., 2007) (véase la tabla 6). Además, los pocos estudios que han analizado experimentalmente las diferencias que pueden existir entre aplicar un tratamiento de manera inmediata o retrasada se han basado fundamentalmente en la TCC centrada en el trauma y sus resultados sugieren, en general, que el tiempo de administración de las terapias es indiferente y que los beneficios del tratamiento demorado son los mismos que los del tratamiento inmediato (Duffy et al., 2007; Gillespie et al., 2002; Resick et al., 2002; Shalev et al., 2012).

No obstante, a pesar de que el tratamiento psicológico del TEPT agudo parece que funciona igualmente para el TEPT crónico, algunas guías mencionan que una intervención temprana está asociada a mejores resultados en depresión, una categoría diagnóstica frecuentemente comórbida al TEPT. Por eso y porque la cronificación del trastorno puede llevar aparejados otros problemas sociales y de adaptación, tal y como se ha mencionado, en algunas guías se insiste en que el tratamiento sea lo más temprano posible (ACPMH, 2013). De hecho, cuando el TEPT crónico está asociado, como así

suele ser, con trauma múltiple, duelo traumático, discapacidad crónica, otros trastornos comórbidos o problemas sociales, las guías recomiendan que se añadan sesiones a los protocolos de tratamiento originales en las que se traten específicamente estos temas (ACPMH, 2013; NICE, 2005) (véase la tabla 6).

Si el tratamiento psicológico focalizado en el trauma no funcionara en estos pacientes con sintomatología crónica, algunas guías sugieren que se utilice otra terapia psicológica focalizada en el trauma o psicofármacos coadyuvantes, que en este caso, aparecerían como una segunda línea de intervención, exactamente igual que en el TEPT agudo (NICE, 2005). Sea como fuere, no parece haber ninguna guía que recomiende para este tipo de pacientes otro tipo de terapia psicológica que no esté centrada en el trauma (véase la tabla 6).

En segundo lugar, aunque el TEPT complejo tampoco es una categoría formal reconocida, algunas guías también recogen indicaciones específicas para este perfil de pacientes. En primer lugar, se menciona que el tratamiento de elección de esta forma de trauma prolongado o repetido seguiría siendo la terapia psicológica focalizada en el trauma (ACPMH, 2013), puesto que también para estos pacientes se han mostrado resultados positivos en estudios recientes (Cloitre et al., 2002; Cloitre et al., 2010). Sin embargo, y tal como ocurría para el TEPT crónico, en estos individuos es más probable que aparezcan otra clase de problemas asociados, como por ejemplo, una mayor probabilidad de ideación suicida y autolesión o trastornos de personalidad, entre otras cosas, todo lo cual, dicen las guías, necesitaría un manejo especial, una mayor dedicación al “enganche” en las terapias de estos pacientes, así como un tiempo previo de estabilización de las posibles conductas de riesgo (Cloitre et al., 2002; Cloitre et al., 2010). Por eso, para los adultos con TEPT derivado de eventos traumáticos múltiples

también se requerirán, probablemente, sesiones extra dirigidas a estos problemas concomitantes (ACPMH, 2013) (véase la tabla 6).

Más allá de estas recomendaciones que son, a menudo, inespecíficas, en la actualidad existen algunos tratamientos que se han propuesto para el abordaje del TEPT crónico y del TEPT complejo, aunque su eficacia en este contexto no está suficientemente demostrada.

Un ejemplo para el tratamiento del TEPT crónico sería la terapia cognitiva basada en el modelo de TEPT persistente de Ehlers y Clark (2000). Según sus autores, la persistencia del TEPT vendría determinada por un procesamiento de la situación traumática que conduciría a los individuos a pensar y sentir que la grave amenaza que aconteció en el pasado sigue presente. Esto sería consecuencia de tres factores: a) una valoración excesivamente negativa de la situación traumática o de sus secuelas; b) una alteración de la memoria autobiográfica caracterizada por una elaboración y contextualización pobres, una memoria asociativa fuerte y una anticipación (*priming*) perceptual igualmente fuerte, y c) la utilización de estrategias conductuales y cognitivas disfuncionales que impiden modificar las valoraciones negativas o el recuerdo del trauma. En realidad, este modelo sería una extensión de las teorías de procesamiento cognitivo y las sociocognitivas y el abordaje terapéutico asociado, muy parecido al de otros tratamientos bien establecidos, con tres objetivos fundamentales: 1) elaborar e integrar el recuerdo traumático dentro del contexto de la experiencia del individuo para así reducir su reexperimentación intrusiva; 2) modificar las valoraciones negativas de la situación traumática o de sus secuelas, y 3) abandonar las estrategias cognitivas y conductuales (p. ej., la evitación de situaciones o pensamientos) que impiden la elaboración del recuerdo, exacerban los síntomas o entorpecen la reevaluación de las valoraciones negativas. Se utilizarían distintas estrategias cognitivas para suscitar y

reevaluar las valoraciones negativas y las actitudes disfuncionales de los pacientes, especialmente estrategias de reestructuración cognitiva basadas en el diseño de experimentos conductuales en los que los pacientes ponen a prueba tanto sus valoraciones negativas sobre el trauma y sus consecuencias como sus creencias sobre la utilidad de sus estrategias disfuncionales. A pesar de que esta intervención se conceptualiza como puramente cognitiva, en algunos de los estudios en los que se ha puesto a prueba (Duffy et al., 2007) también ha incluido estrategias de exposición en imaginación e incluso, en vivo, por lo que más que un tratamiento cognitivo debería ser considerado cognitivo-conductual.

Un segundo ejemplo sería la terapia de STAIR (*Skills Training in Affect y Interpersonal Regulation*) con exposición prolongada (Cloitre et al., 2002), específicamente diseñada para la población de mujeres revictimizadas por el abuso sexual y por tanto, susceptibles de tener un trauma complejo. Según estos autores, existirían tres factores de riesgo por los cuales una mujer podría ser revictimizada: 1) problemas en la regulación de los afectos; 2) problemas en las relaciones interpersonales y de autoevaluación, y 3) síntomas de TEPT. El tratamiento tendría dos fases. La primera, conocida con las siglas STAIR, serviría para estabilizar a la paciente y mejorar sus habilidades de regulación emocional y de relación con las otras personas, fomentando habilidades para: 1) identificar y etiquetar emociones (especialmente, emociones relacionadas con la amenaza); 2) tolerar el malestar y modular el afecto negativo; 3) identificar esquemas interpersonales relacionados con el abuso y desarrollar alternativamente otros esquemas adaptativos; 4) desarrollar el repertorio conductual interpersonal, y 5) practicar en el “mundo real”. Para conseguir estos objetivos se utilizarían una serie de técnicas cognitivo-conductuales como monitorizar y calificar las emociones, usar imágenes y autroinstrucciones positivas, identificar y poner en duda

Capítulo 2: El tratamiento del terror

cogniciones desadaptativas y juegos de rol sobre las relaciones interpersonales. Esta primera fase serviría, entonces, como preparación para la segunda parte, que estaría constituida por 8 sesiones de exposición prolongada, según el protocolo de Foa et al., (1991) para mujeres víctimas de abuso sexual.

Por último, de la mano de las llamadas “terapias de tercera generación”, aparecerían otra serie de tratamientos que, aunque no fueron específicamente diseñados para el TEPT, podrían tener su aplicación aquí, especialmente en los procesos de TEPT crónico o TEPT complejo (Follete y Ruzek, 2006), aunque es fundamental resaltar, una vez más, que ninguno de ellos cuenta con el aval específico para ser considerado tratamiento de elección para el TEPT, ni siquiera en estas formas crónicas o complejas.

Se encontraría aquí la terapia dialéctico-conductual (TDC, Linehan, 1993), que fue desarrollada inicialmente para tratar a las personas con intentos autolíticos crónicos y trastorno límite de personalidad, una patología que a menudo viene acompañada de una historia de trauma e, incluso, de un TEPT. Este tipo de abordaje podría utilizarse, como en la terapia STAIR, para estabilizar al paciente antes de la exposición (primera fase), o bien para tratar directamente los problemas asociados al trauma (segunda fase). El objetivo fundamental de la primera fase sería que el paciente consiguiera un control de su comportamiento y una sensación general de seguridad y conexión con el terapeuta. La segunda fase abordaría los problemas con la experiencia emocional, entre los que se encontrarían los problemas relacionados con el trauma, que, sobre todo, cuando es crónico o complejo, van acompañados de una grave desregulación emocional. Esta segunda fase tendría tres objetivos: 1) los síntomas disruptivos; 2) la evitación de las emociones, y 3) la evitación de las situaciones o experiencias y la desregulación emocional. La terapia dialéctica utilizaría la solución de problemas (estrategia dirigida al cambio) y la validación (estrategia dirigida a la aceptación) como base del

tratamiento. Además, también incluiría estrategias de comunicación, de *role-playing*, estrategias dialécticas (similares a la reestructuración cognitiva), estrategias de *mindfulness* y tolerancia del malestar (sin llevar a cabo conductas de riesgo) y fundamentalmente, regulación emocional. Respecto a esta última, los pacientes recibirían psicoeducación y manejo de emociones negativas e incremento de las emociones positivas y lo que se ha dado en llamar “acción contraria”, una exposición informal a las emociones en la que los pacientes deben acabar realizando la conducta contraria a la que les “exige” de manera urgente la emoción.

La terapia de aceptación y compromiso (ACT, Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999) es una intervención conductual diseñada para reducir lo que se conoce como “evitación experiencial” y la “fusión cognitiva”, fomentando al mismo tiempo que los pacientes realicen cambios en su vida, según sus valores personales. La evitación experiencial ocurriría cuando un individuo es reticente a experimentar estados emocionales negativos o sensaciones fisiológicas desagradables y, por eso, intenta alterar la manera en que esos eventos ocurren, a pesar del “coste” comportamental que eso supone y del poco éxito que se suele alcanzar en la tarea. Por ejemplo, las personas con TEPT, especialmente, cuando su condición es crónica, tratarían constantemente de suprimir, es decir, bloquear o inhibir, pensamientos o emociones relacionadas con el trauma, lo cual, acabaría por producir justo el efecto contrario, la recurrencia de los pensamientos o emociones relacionados con los eventos traumáticos. La fusión cognitiva implicaría, además, que la persona actuaría al dictado de sus pensamientos y sus valoraciones positivas o negativas sobre las cosas, sin ser consciente de ello y sin utilizar otras claves, por ejemplo, contextuales, que le permitieran tomar perspectiva. Los principios activos de este tratamiento, por tanto, serían la aceptación (de las propias reacciones naturales e inherentes a la condición humana) y la defusión (o desliteralización, toma de distancia o

perspectiva sobre los eventos privados) y se utilizarían técnicas tipo *mindfulness* para que el paciente tomase contacto con el momento presente y pudiera “observar” y no tanto fusionarse con sus pensamientos, emociones y sensaciones, todo lo cual le permitiría decidir libremente y de acuerdo a sus valores personales.

La terapia analítico-funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991) sería una intervención puramente conductual, especialmente indicada cuando la técnica de exposición, en este caso, en vivo, es difícil de aplicar, cosa que ocurre con frecuencia en el trauma complejo, donde detectar el estímulo evocador es más complicado, donde la persona tiene más dificultades para describir o recordar, y donde más que miedo, la exposición produce una serie de emociones mezcladas y difusas. Esta terapia utilizaría entonces, la relación interpersonal con el terapeuta como una forma de exposición en vivo. El objetivo principal serían las llamadas “conductas clínicamente relevantes”, que el terapeuta debería observar e incluso, generar y reforzar o reducir, según fueran positivas (muestran avances del pacientes) o negativas (están relacionadas directamente con el problema). Además, el terapeuta debería interpretar las conductas de los pacientes, desde una perspectiva analítica funcional, haciendo así que éste comprenda las causas y consecuencias que modulan su comportamiento y dándole más control sobre el mismo.

Por lo tanto, en resumen, aunque el tratamiento de elección para el TEPT, cuando se prolonga o se complica con otros síntomas, seguiría siendo el mismo (para la mayoría de guías, terapia psicológica focalizada en el trauma), algunas terapias específicas o inespecíficas aplicadas a este perfil concreto de pacientes, a pesar de no contar con un apoyo empírico concreto, intentarían proporcionar alguna pista sobre qué hacer en esas sesiones extra que las guías reservan para los casos complicados pero que ninguna explica con claridad. Entre estas “pistas” estaría por supuesto, el incidir más o de manera diferente en los procesos de exposición (Cloitre et al., 2002; Kohlenberg y

Tsai, 1991) o en la reestructuración cognitiva (Ehlers y Clark, 2000), pero también dirigir una mayor atención a la comprensión, identificación, aceptación y manejo de las emociones, es decir, al proceso de regulación emocional, como manera de estabilizar al paciente antes de la exposición (Cloitre et al., 2002; Linehan, 1993) o como una nueva forma de exponerse al trauma (Hayes et al., 1999; Linehan, 1993). Quizás para estos pacientes con TEPT que se ven sobrepasados emocionalmente y que a la vez evitan sus emociones, que tienen dificultades para reconocerlas, entenderlas y comunicarlas, pero que a la vez piensan en exceso sobre ellas, podría estar indicado este proceso de control e influencia sobre las propias emociones que se conoce con el nombre de regulación emocional (Gross, 1999)

2.1.4 Otras consideraciones para la práctica

Pero más allá de los estudios empíricos y de los tratamientos apoyados en la evidencia es importante que de cara a las terapias, los profesionales atiendan a otro tipo de elementos, relacionados, en este caso concreto, con la idiosincrasia de la población de víctimas de acontecimientos traumáticos, puesto que éstos podrían suponer un obstáculo para el éxito de cualquier tratamiento, por muy empíricamente que estuviera establecido. En esta dirección, cuestiones como la comorbilidad, la simulación/disimulación, la sugestión o el tratamiento de subpoblaciones específicas de víctimas han sido tomadas en consideración por algunas guías, sobre todo, las más recientes, aunque siempre de manera secundaria y poco estructurada.

Respecto a la comorbilidad del TEPT con otros problemas o patologías, la literatura científica sobre trauma se muestra inconsistente. Aunque algunas investigaciones muestran cómo la comorbilidad con depresión (Stein, Dickstein, Schuster, Litz, y Resick, 2012; van Minnen, Arntz, y Keijsers, 2002), TAG (Tarrier et

al., 2000), trastorno límite de la personalidad (Feeny, Zoellner, y Foa, 2002; Forbes et al., 2002), ira (Foa, Riggs, Massie, y Yarczower, 1995; Forbes et al., 2005; Forbes et al., 2008; Forbes, Creamer, et al., 2003), alcohol (Perconte y Griger, 1991; Steindl, Young, Creamer, y Crompton, 2003), alienación social (Ehlers et al., 1998; Forbes et al., 2002; Thrasher, Power, Morant, Marks y Dalglish, 2010) o desregulación emocional (Cloitre et al., 2002) da lugar a peores resultados en los tratamientos psicológicos, otros trabajos no encuentran este efecto (Clarke, Rizvi, y Resick, 2008; Fontana, Rosenheck, y Desai, 2012; Olatunji, Cisler, y Tolin, 2010), sugiriendo que, en realidad, los malos resultados podrían tener más que ver con la población específica sujeta a estudio que con la comorbilidad en sí misma (van Minnen et al., 2002).

Independientemente del impacto de estas comorbilidades en el tratamiento, sería importante saber cómo y en qué orden abordar los trastornos cuando se producen a la vez, algo que, por otro lado, es harto frecuente. Aunque los estudios sobre secuenciación son escasos, existe alguna información, sobre todo, respecto a dos de las comorbilidades que más frecuentemente se dan en el TEPT: los trastornos por consumo de sustancias y la depresión.

Respecto a la primera, habitualmente las guías han considerado que cuando existe dependencia, abuso o el consumo de una sustancia podría interferir directamente con el tratamiento, los profesionales deberían tratar el consumo de alcohol u otras drogas primero (APA, 2004; NICE, 2005; VA/DoD, 2010). De hecho, existen datos empíricos que encuentran que el decremento en el consumo de sustancias mejoraría la sintomatología del TEPT, lo cual, apuntaría también en esta dirección (Fontana et al., 2012). Sin embargo, también habría estudios que indicarían justamente lo contrario, que tratando en primer lugar el TEPT, el consumo de sustancias también mejoraría (Hien et al., 2010).

Las revisiones más recientes apostarían por el tratamiento conjunto de TEPT y consumo de sustancias, ya que éste habría mostrado mejores resultados que el tratar ambas cosas por separado (van Dam, Vedel, Ehring, y Emmelkamp, 2012). Estos tratamientos conjuntos, no obstante, empezarían casi siempre por la psicoeducación y el tratamiento de los síntomas superficiales de ambos trastornos y dejarían para más adelante las técnicas centradas en el trauma, como la exposición en imaginación o la exposición en vivo, y esto siempre y cuando la persona hubiera demostrado su capacidad para manejar el malestar sin recurrir al consumo de sustancias (ACPMH, 2013).

Como datos a favor de estos tratamientos conjuntos también sería importante recordar aquí que el último de los cinco tratamientos bien establecidos por la *Task Force*, conocido como “buscando seguridad” (*Seeking safety*; Najavits, 2009), sería un ejemplo de tratamiento conjunto para personas con trauma y consumo de sustancias. De todas maneras, aunque por supuesto este tratamiento estaría basado en la evidencia empírica (Hien, Cohen, Miele, Litt, y Capstick, 2004; Morrissey et al., 2005; Najavits, Gallop, y Weiss, 2006; Zlotnick et al., 2009), se trataría de una terapia centrada en el presente, que evita el uso de técnicas como la exposición, ya sea en vivo o en imaginación (véase la tabla 6).

Por último, si el tratamiento de estos casos de comorbilidad entre TEPT y consumo de sustancias conllevara la toma de psicofármacos, habría que prestar atención a las posibles interacciones entre éstos y la más que común medicación para el tratamiento de dependencias. Además, también es fundamental tener en cuenta que los antidepresivos, que suponen la primera línea de intervención psicofarmacológica para el trauma, no son apropiados para pacientes que abusan del alcohol o que consumen otros depresores del sistema nervioso central (ACPMH, 2013).

Por otro lado, en lo que se refiere a la comorbilidad con depresión, existe un cuerpo sólido de investigación que sugiere que el tratamiento del TEPT suele mejorar la depresión y por tanto, lo que las guías recomiendan es el uso de la terapia para el trastorno postraumático tanto si hay comorbilidad como si no, al menos, cuando la sintomatología depresiva es moderada (ACPMH, 2013, NICE, 2005; VA/DoD, 2010). En caso de que los síntomas depresivos fueran graves y que esta gravedad pudiera suponer una influencia negativa en los resultados del tratamiento para el TEPT, las guías recomiendan que se trate en primer lugar la depresión, sobre todo, si existiera riesgo de suicidio, lo cual debería evaluarse siempre de manera prioritaria (ACPMH, 2013; NICE, 2005).

Más allá de estas pautas generales, en la actualidad hay estudios que empiezan a examinar la efectividad de introducir componentes de los tratamientos bien establecidos para la depresión en el tratamiento habitual del TEPT. Así, los estudios que han incluido activación conductual antes de la exposición parecen indicar que esta activación mejoraría ambos trastornos mientras que la exposición solamente influiría en la gravedad del TEPT (Gros et al., 2012; Nixon y Nearmy, 2011). Sin embargo, los resultados de estos estudios no son concluyentes del todo dado que, en general, la mejoría en depresión aparece demasiado vinculada a la mejoría en el TEPT. Por eso, la recomendación de las guías sigue siendo aplicar el tratamiento específico para el TEPT, aunque en las más recientes se admite que las personas con depresión grave podrían beneficiarse de la adición de técnicas específicas para el tratamiento de la depresión (ACPMH, 2013).

Por último, en el campo de la psicofarmacología aplicada a esta comorbilidad también existe evidencia que sugiere que los pacientes con comorbilidad entre TEPT y depresión que muestran una respuesta incompleta o una falta de respuesta a los antidepresivos, podrían beneficiarse de añadir antipsicóticos atípicos, tal y como se ha

mencionado con anterioridad (ACPMH, 2013; Richardson, Fikretoglu, Liu, y McIntosh, 2011).

Además de la comorbilidad, otras características de las víctimas de acontecimientos traumáticos han sido profusamente estudiadas. Una de ellas tendría que ver con el riesgo de simulación, que siempre está presente en los casos en los que existe algún tipo de compensación o ganancia secundaria, algo muy común en víctimas de sucesos traumáticos. Aunque el estudio de la simulación tendría que ver más con un ámbito forense, su presencia supone también preocupación en el contexto clínico (Marx et al., 2012; McNally y Frueh, 2012). Por eso, a pesar de que algunas revisiones recientes (Laffaye, Rosen, Schnurr y Friedman, 2007) indican que no hay evidencia de que la compensación prediga los resultados de tratamiento TEPT, las guías de tratamiento sí recomiendan que los terapeutas sean cautelosos en este sentido, sobre todo, con personas que muestren algún tipo de indicador sospechoso como, por ejemplo, aquellos individuos que dicen tener todos los síntomas del TEPT sin excepción y en un alto rango, que muestran síntomas incoherentes o inconsistencias en su funcionamiento o que varían su comportamiento en función de la presencia y marcha de procedimientos judiciales (APA, 2004).

Otra cuestión controvertida relacionada con esto sería la de los llamados “recuerdos recuperados”. La evidencia científica sugiere que los recuerdos sobre el trauma pueden ser olvidados y después recordados (Loftus y Davis, 2006), pero también que los pacientes pueden generar unas falsas memorias sobre el evento traumático que perdurarían en el recuerdo como si realmente hubieran ocurrido (McNally, 2003). Por ese motivo, las guías de tratamiento establecen un código ético según el cual los terapeutas deberán comprometerse a utilizar un estilo neutral así como a evitar técnicas

de intervención que aumenten la sugestionabilidad y la distorsión de la memoria de sus pacientes.

Sin embargo, más allá de la simulación o de la sugestión, el proceso más frecuente en este tipo de pacientes suele ser el contrario, la disimulación, sobre todo por las grandes dificultades que, en general, muestran las personas a la hora de revelar los detalles de sus eventos traumáticos. Tanto es así, que lo habitual es que estas personas eviten acudir a la consulta de profesionales y que cuando lo hagan sea por otros motivos de consulta que, a priori, nada tendrían que ver (Liebschutz et al., 2007; Silverman, Peed, Goldberg, Hamer, y Stockman, 1985; Whetsell, Patterson, Young, y Schiller, 1989; Zatzick et al., 2000). Por eso, según las guías, es importante que el clínico siempre tenga en cuenta esta peculiaridad a la hora de realizar la evaluación de sus pacientes y, sobre todo, es fundamental que se establezca una alianza terapéutica lo suficientemente fuerte como para que el paciente se muestre confiado, lo cual, por cierto, se traduce a menudo en unos mejores resultados de tratamiento (Cloitre et al., 2002; Cloitre, Stovall-McClough, Mirya, y Chemtob, 2004; Ruglass et al., 2012). Además, teniendo en cuenta que las expectativas de tratamiento también influyen decisivamente en el curso y resultado del mismo (Collins y Hyer, 1986), el terapeuta deberá invertir el tiempo que sea necesario en explicar y establecer de la manera más colaborativa posible los objetivos de tratamiento y, por supuesto, trabajar la motivación al cambio a lo largo de todo el tratamiento será condición necesaria para el éxito de la intervención (Murphy, Rosen, Cameron, y Thompson, 2002). De hecho, aunque la terapia centrada en el trauma fuera la elegida, solamente se proporcionará si el paciente lo considera un procedimiento seguro (ACPMH, 2013). Relacionado con esto, el terapeuta deberá procurar que el entorno y los procedimientos que utilice en terapia sean lo más seguros posible para el paciente, aunque existen estudios sobre el tratamiento a

personas que continúan en entornos amenazantes en los que se muestran resultados igualmente positivos (McLay, McBrien, Wiederhold y Wiederhold, 2010; Neuner et al., 2008).

Una última recomendación de las guías sería el atender específicamente a diferentes tipos de poblaciones, puesto que éstas tendrán características diferenciales y, sobre todo, diferentes grados de exposición al trauma, uno de los factores de riesgo más estudiados en la literatura específica sobre el tema (Bryant, Harvey, Guthrie, y Moulds, 2000). A pesar de ello, solamente en las últimas guías (ACPMH, 2013; APA, 2009) y en las guías y revisiones especializadas en el tratamiento del trauma a veteranos (*Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*, 2007; VA/DoD, 2010) se han estudiado poblaciones específicas con trauma y solamente la ACPMH (2013) hace recomendaciones concretas para el tratamientos de la población que nos ocupa en el presente trabajo, es decir, la de las víctimas del terrorismo.

En sus consideraciones sobre el tratamiento específico de esta población de estas víctimas, la idea fundamental que se transmite en esta guía es que, a pesar de que el manejo de víctimas del terrorismo implicaría, por seguro, atender a la idiosincrasia de esta población, hoy por hoy, no existiría evidencia empírica que hiciera suponer que estas víctimas en particular necesitan un tratamiento diferente al de las víctimas en general (ACPMH, 2013). De esta manera, en los momentos inmediatamente posteriores a la situación traumática las intervenciones para víctimas de terrorismo incluirían el proporcionar información y apoyo comunitario para todos (Brewin et al., 2010) y en caso de trastorno, terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma como primera línea de intervención (ACPMH, 2013). En el caso de que existiera un TEPT, los estudios de efectividad en estas víctimas (Brewin et al., 2010; Gillespie et al., 2002; Levitt, Malta, Martin, Davis, y Cloitre, 2007) también utilizarían la terapia cognitivo

Capítulo 2: El tratamiento del terror

conductual centrada en el trauma, aunque en la mayoría de casos entrenando a los clínicos locales en los tratamientos y obteniendo con ello muy buenos resultados.

No obstante, es fundamental señalar que los estudios específicos sobre la población de víctimas del terrorismo son todavía muy escasos y que las conclusiones de esta guía se basan más en la falta de evidencia negativa que en la existencia de una sólida evidencia positiva (ACPMH, 2013).

Por todo ello, en resumen, es importante señalar que, en general, las guías de tratamiento se hacen eco de algunas consideraciones especiales sobre el tratamiento del trauma en general y, por ende, de algunos tipos de trauma como, por ejemplo, los atentados terroristas. De hecho, en estas guías se subraya la idea de que las investigaciones sobre trauma deberían empezar a incluir a partir de ahora cuestiones específicas como categorías diagnósticas comórbidas (ansiedad, depresión, consumo de sustancias), otras poblaciones de víctimas (como los niños o los ancianos) (VA/DoD, 2010), todo ello, por supuesto, utilizando tratamientos que aumenten la eficacia clínica de las intervenciones, que incluso en el mejor de los casos, tampoco es elevada (Roberts et al., 2010) y, lógicamente, empleando métodos que mejoren la validez interna de los trabajos empíricos realizados hasta ahora y poniendo especial énfasis en la estandarización del tratamiento y sus medidas de resultados, el seguimiento a individuos que abandonan los tratamientos y los valores perdidos que de todo ello se deriva (VA/DoD, 2010).

2.2 El tratamiento del terror: el trauma en víctimas del terrorismo

Aunque, tal y como se ha descrito hasta ahora, existe una abundante investigación empírica sobre la eficacia de los tratamientos para los trastornos psicológicos que pueden padecer las víctimas de muy diversos acontecimientos traumáticos, que ha derivado, además, en guías de buena práctica clínica, son pocos los estudios que se han ocupado de probar si las terapias empíricamente avaladas para el trauma en general funcionan también para las víctimas del terrorismo en particular.

Con el objetivo de conocer exactamente cuál era el estado de la literatura específica sobre los tratamientos en víctimas del terrorismo, en el presente trabajo se llevó a cabo una actualización de la revisión sistemática realizada por García-Vera et al (2015) sobre los estudios de eficacia y efectividad de los tratamientos para paliar las consecuencias psicopatológicas derivadas del terror. Como entonces, se realizó una búsqueda en las bases de datos bibliográficos PsycINFO, PILOTS (*Published International Literature On Traumatic Stress*) y MEDLINE con la siguiente combinación de palabras en el campo de búsqueda “abstract” (resumen) de dichas bases de datos: (“efficacy” o “effectiveness” o “effective” o “efficacious”) y (“terrorist” o “terrorism”) y (“therapy” o “treatment” o “medication”). En esta ocasión, sin embargo, la búsqueda se limitó a los trabajos publicados entre julio de 2014 (fecha de la anterior revisión) y septiembre de 2015. Esta búsqueda dio lugar a 11 trabajos diferentes, entre los cuales, tras revisar su contenido y excluir los estudios no empíricos, los que no incluían personas que hubieran experimentado directa o indirectamente un atentado terrorista, los que se basaban en muestras de victimarios (aunque éstos hubiesen sido también víctimas de atentados) y los que solo incluían víctimas infantiles o adolescentes

no quedó ningún estudio nuevo que añadir a los que ya se habían encontrados en García-Vera et al. (2015). En concreto, en la revisión original se hallaron ocho estudios empíricos sobre la eficacia o efectividad de cualquier tipo de tratamiento con muestras de víctimas adultas del terrorismo que presentaban trastornos mentales en su totalidad o en algún porcentaje especificado de esas muestras. De éstos, tan solo cinco (Bryant et al., 2011; Difede, Cukor, et al., 2007; Difede, Malta et al., 2007; Duffy et al., 2007; Schneier et al., 2012) reunían las condiciones básicas de control experimental que se exigen para los llamados estudios de eficacia y que son, fundamentalmente, utilizar un diseño experimental inter grupo, es decir, con un grupo de tratamiento y un grupo de control y una asignación aleatoria a uno u otro. Las características y los resultados más importantes de estos estudios se recogen en las tablas 7 y 8 respectivamente.

2.2.1 Caracterización de los estudios de eficacia de los tratamientos en víctimas del terrorismo

En cuanto a la caracterización de estos estudios, en la tabla 7 puede observarse que, de manera consistente con lo que ocurría en la literatura sobre las consecuencias psicopatológicas de haber sufrido un atentado terrorista, cuatro de los cinco trabajos sobre la eficacia del tratamiento para las víctimas de atentados se realizaron en países occidentales desarrollados, tres de ellos en EEUU, con víctimas directas (Schneier et al., 2012) e intervinientes en los atentados del 11-S en Nueva York (Difede, Cukor, et al., 2007; Difede, Malta et al., 2007) y uno, con víctimas directas e indirectas de los atentados ocurridos durante años en Irlanda del Norte (Reino Unido) (Duffy et al., 2007) aunque en este último caso, se incluían también otras situaciones de conflicto civil relacionadas. Solamente el estudio con víctimas directas de Bryant et al., (2011) tuvo lugar en un país no desarrollado, oriental y que, al menos hasta el 2013, se

encontraba entre los diez países del mundo con más atentados terroristas: Tailandia (NCTC, 2012a; START, 2013, 2014). De hecho, otro factor diferencial de este estudio es que, aunque habían transcurrido una media de 14,1 meses desde los atentados por los cuales los pacientes eran referidos a la investigación, este proyecto se desarrolló en un contexto en que seguían produciéndose atentados terroristas de manera cotidiana y de hecho, tuvo que finalizar prematuramente, por el peligro real que corrían los terapeutas encargados de la investigación. A pesar de que en otros estudios, como el de Difede, Cukor et al. (2007) también se hacía referencia al clima de amenaza que se vivió en los EEUU tras los atentados del 11-S (pues se comenzó a tratar a los pacientes tan solo 5 meses después de lo ocurrido), en general, para el resto de estudios la amenaza terrorista había terminado e incluso, había sucedido hacía años, con un rango temporal general para los cinco estudios que se situaba entre los 5 meses (Difede, Cukor, et al., 2007) y los 7 años (Schneier et al., 2012) (véase la tabla 7)

También de manera paralela a la literatura sobre las consecuencias psicológicas del terrorismo, los cinco estudios sobre la eficacia de los tratamientos para víctimas del terrorismo se basaron, fundamentalmente, en el tratamiento del TEPT y por tanto, se centraron en examinar terapias que ya habían sido avaladas para este trastorno en otro tipo de poblaciones. Siguiendo, además, a las guías de tratamiento para el TEPT descritas en el apartado anterior, cuatro de los cinco estudios analizaron terapias de tipo psicológico focalizado en el trauma, de corte cognitivo conductual (Bryant et al., 2011; Difede, Cukor, et al., 2007; Difede, Malta, et al., 2007; Duffy et al., 2007) y solamente uno de los trabajos se centró en la combinación de un tratamiento psicológico (también cognitivo-conductual) con uno psicofarmacológico (Schneier et al., 2012) (véase la tabla 7).

Tabla 7. Características de los estudios sobre la eficacia de los tratamientos a víctimas del terrorismo

Referencia	Incidente terrorista y Tiempo	Inclusión y exclusión	Caracterización de la muestra	TEPT y comorbilidad	Aleatorización	GT frente a GC	Tratamiento	Contexto terapéutico	RC
Estudios con diseño intergrupar y asignación aleatoria de los pacientes a los grupos de tratamiento (GT) y de control (GC)									
(Duffy et al., 2007)	Ataques terroristas y conflictos civiles relacionados en Irlanda del Norte. 5,2 años (mediana) tras el evento traumático principal	<i>Inclusión</i> (n=81) a) TEPT completo (SCID y CAPS) por evento traumático ocurrido en edad adulta <i>Exclusión</i> (n=16): a) Otro diagnóstico (sustancias, problemas físicos) de tratamiento prioritario; b) Amenaza para la seguridad personal; c) Abuso sexual infancia, y d) Vivir lejos	58 víctimas directas e indirectas (referidos y auto referidos) Edad media: 43,9 años 60,4% hombres 74,1% experimentan directamente; 19% heridos; 25,9% testigos 81% traumas múltiples (mediana= 3 eventos traumáticos)	<i>TEPT</i> (crónico): 100% <i>Comorbilidad</i> : a) TDM: 63,8% b) Angustia: 20,7% c) Sustancias: 13,8% d) Fobias: 10,3% e) TAG: 5,2% f) Fobia Social: 3,4% g) Bulimia: 1,7% h) Otros trastornos de ansiedad: 3,4%	Estratificada según: a) Gravedad del TEPT y de síntomas depresivos; b) Problemas físicos relacionados	- GT (29 pacientes): TCC (12 sesiones individuales y semanales sin duración concreta; Sesiones adicionales si se considera oportuno) - GC (29 pacientes): LE (12 semanas) y luego (28 pacientes) TCC	Protocolo TCC basado en (Ehlers y Clark, 2000; Gillespie et al., 2002) a) Componentes básicos: R. cognitiva con exposición en imaginación y en vivo b) Activación conductual ante elevados niveles de depresión	Centro específico de trauma 5 terapeutas: psiquiatra, trabajador social y 3 enfermeros Formación en terapia cognitiva y 3 con experiencia en Ehlers y Clark, 2000 Entrenamiento específico 2 días Sin supervisión sistemática ni fidelidad al protocolo	5,5

Referencia	Incidente terrorista y Tiempo	Inclusión y exclusión	Caracterización de la muestra	TEPT y comorbilidad	Aleatorización	GT frente a GC	Tratamiento	Contexto terapéutico	RC
(Difede, Malta, et al., 2007)	Aviones estrellados en el <i>World Trade Center</i> el 11 de septiembre de 2011 en Nueva York 21,19 meses (media) tras el evento traumático	<i>Inclusión</i> (n=35): a) personal de emergencias expuesto a 11-M o consecuencias; b) TEPT completo o subsindrómico; d) 18-65 años de edad; e) inglés fluido <i>Exclusión</i> (n=0): a) dependencia de sustancias en últimos 6 meses; b) esquizofrenia esquizoafectivo o bipolar en la vida; c) lesión en la cabeza o no estabilizada con medicación; d) ideación suicida	31 trabajadores en desastres y emergencias (reclutados) Edad media: 45,77 años 97% hombres 39,8% testigos directos; 25% desplazados el día del ataque; 93% desplazados primera semana 66,7% historia previa de trauma	<i>TEPT</i> : 67,7%; Subumbral: 32,3% <i>Comorbilidad</i> Sin datos	Independiente	- GT (15 pacientes): TCC (12 sesiones individuales y semanales de 75 minutos) - GC (16 pacientes): TAU (<i>feedback</i> y consejo y posibilidad de derivación)	Protocolo TCC (Bryant et al., 1998; Bryant et al., 1999) adaptado a trabajadores de emergencias y rescate a) Psicoeducación y explicación de la terapia b) Desactivación (respiración); c) Exposición imaginación (sesiones 2-11, 30 min.); e) Exposición en vivo; f) Reprocesamiento cognitivo g) Prevención de recaídas h) Tareas semanales	Centro de investigación (evaluación) y clínico (tratamiento) Número indeterminado de psicólogos y trabajadores sociales Experiencia clínica de 3 años Entrenamiento específico (sin datos) Supervisión semanal y fidelidad al protocolo (puntuación del 25% aleatorio de grabaciones; 0,98-0,99 fiabilidad interjueces en evaluación)	3

Referencia	Incidente terrorista y Tiempo	Inclusión y exclusión	Caracterización de la muestra	TEPT y comorbilidad	Aleatorización	GT frente a GC	Tratamiento	Contexto terapéutico	RC
(Bryant et al., 2011)	Atentados ocurridos en el sur de Tailandia 14,1 meses (media) tras el evento traumático. Amenaza presente en el momento de evaluación y tratamiento	<i>Inclusión</i> (n=28): a) directamente expuesto a atentado; b) diagnóstico primario de TEPT (PSS-I) <i>Exclusión</i> (n=0): a) riesgo suicida grave; b) psicosis; c) dependencia de sustancias; d) < 17 o > 70 años	28 víctimas directas (referidas, autorreferidas y reclutadas) Edad media: 43,1 años 96,4% mujeres 100% víctimas directas; 85,7% un miembro de la familia asesinado	<i>TEPT</i> : 100% <i>Comorbilidad</i> : Duelo complicado: 85,7%	Independiente	- GT (16 pacientes): TCC (8 sesiones individuales y semanales de 60 minutos). - GC (12 pacientes): TAU (8 sesiones individuales y semanales de consejo ofrecido por psiquiatras no entrenados en TCC).	Procotolo TCC (Bryant et al., 2003) adaptado a amenaza real. a) psicoeducación; b) desactivación (RMP y meditación); c) exposición en imaginación (sesiones 2-7; 40 días durante min); d) exposición en vivo (3 pacientes no no); e) r. cognitiva; f) prevención de recaídas	Centro comunitario. Psicólogos y enfermeras con experiencia en salud mental pero no en TCC. Entrenamiento específico (3 talleres de 2 días durante 12 meses). Prácticas supervisadas de 4 meses después de cada taller. Sin supervisión durante el ensayo clínico. <i>Checklist</i> del terapeuta para la fidelidad del protocolo	5,5

Referencia	Incidente terrorista y Tiempo	Inclusión y exclusión	Caracterización de la muestra	TEPT y comorbilidad	Aleatorización	GT frente a GC	Tratamiento	Contexto terapéutico	RC
(Schneier et al., 2012)	Aviones estrellados en el <i>World Trade Center</i> el 11 de septiembre de 2011 en Nueva York	<i>Inclusión</i> (n=105): 37 víctimas a) diagnóstico primario de TEPT (SCID-P y SCID-II) relacionado con el atentado y síntomas moderados (CAPS ≥ 45) durante ≥ 3 meses; b) 18-70 años de edad	37 víctimas directas e indirectas (referidos, y reclutados) Edad media: 50,3 años	<i>TEPT</i> (crónico): 100% <i>Comorbilidad</i> a)Otros trastornos del eje I: 70,27%; Trastornos del estado de ánimo: 65,8% Otros trastornos del eje II: 16,2%	Independiente por bloques de 10	- GT (19 pacientes): Exposición prolongada (10 sesiones individuales y semanales de 90 minutos) + Paroxetina (visitas individuales de 30 minutos, semanalmente durante 6 semanas, cada 2 semanas durante 4 semanas y después, cada 4 semanas) - GC (18 pacientes): Exposición prolongada (10 sesiones individuales y	Protocolo Exposición prolongada y Paroxetina a)Exposición prolongada (Foa y Rothbaum, 1998) b)Paroxetina (12,5 mg/día durante 1 semana, 25 mg/día durante 3 semanas e incrementar hasta un máximo de 50 mg/día), apoyo, monitorización y adherencia y revisión síntomas secundarios	Clínica universitaria Psiquiatras (paroxetina y placebo) y psiquiatras y psicólogos con nivel de doctorado (exposición prolongada). Experiencia en medicación para el TEPT y en TCC. Entrenamiento específico (curso 2-4 días) y casos supervisados Supervisión individual y grupal. Análisis del 10% aleatorio de las	2

Referencia	Incidente terrorista y Tiempo	Inclusión y exclusión	Caracterización de la muestra	TEPT y comorbilidad	Aleatorización	GT frente a GC	Tratamiento	Contexto terapéutico	RC
		anticonceptivos; h) uso de psicotrópicos durante las dos semanas (4 para fluoxetina o IMAOS), antes de la aleatorización, excepto zolpidem para el insomnio; i) otras razones y cuestiones administrativas	tratamiento por TEPT en el pasado (60% psiquiátrico, ninguno TCC)			semanales de 90 minutos) + placebo farmacológico 12 sesiones adicionales de paroxetina (GT) o placebo (GC) sin exposición prolongada, si se considera oportuno.		grabaciones. (89% de las sesiones cumplen objetivos esenciales, 0,88 fiabilidad inter jueces)	
Referencia	Incidente terrorista y Tiempo	Inclusión y exclusión	Caracterización de la muestra	TEPT y comorbilidad	Aleatorización	GT frente a GC	Tratamiento	Contexto terapéutico	RC
Estudios con diseño intergrupo y asignación no completamente aleatoria de los pacientes a los grupos de tratamiento (GT) y de control (GC)									
(Difede, Aviones Cukor, et al., 2007) el <i>World Trade Center</i> el 11 de septiembre de 2011 en Nueva York	Entre 5-47	<i>Inclusión</i> (n=23): a) al menos una exposición directa parcial; b) 18-70 años; c) todos los criterios TEPT. (CAPS) <i>Exclusión</i> (n=2): a) trastorno mental orgánico; b)	21 trabajadores en desastres y emergencias y civiles (referidos) Edad media: 43 años 95% hombres	- TEPT: 100%	Estratificado según: a) gravedad en el CAPS; b) exposición al atentado; c) variables socio demográficas. Unidades intactas (5 pacientes que	- GT (13 pacientes): Exposición con RV (máximo de 14 sesiones individuales y b) 75 minutos) - GC (8	Protocolo de terapia de exposición con RV <i>ad hoc</i> a) psicoeducación b) desactivación (RMP); c) exposición con realidad virtual	Centro de investigación (evaluación) y clínico (tratamiento) Psicólogos (sin datos sobre experiencia) Entrenamiento	2,5

Referencia	Incidente terrorista y Tiempo	Inclusión y exclusión	Caracterización de la muestra	TEPT y comorbilidad	Aleatorización	GT frente a GC	Tratamiento	Contexto terapéutico	RC
	meses(4 años) tras el evento traumático. Código naranja de alerta en EEUU.	esquizofrenia o depresión con síntomas psicóticos; c) dependencia; d) delirante; e) ideación suicida u homicida activa, intento o plan; e) historia de abuso sexual crónico en la infancia; f) marcapasos o enfermedad del movimiento (mareo); g) problemas de idioma.	100% testigos directos, GT: 69, 2% bomberos o personal emergencias. 30,8% civiles 28,6% historia psiquiátrica 61,9% historia de trauma.		habían fracasado en otros tratamientos se incluyen en el GT).	pacientes): LE (sin especificar)	(sesiones 3-12, 45 min.); d) actividades agradables; e) prevención de recaídas	específico en exposición (sin datos) Supervisión semanal y fidelidad al protocolo (puntuación del 20% aleatorio de grabaciones; 0,98-0,99 fiabilidad interclase en evaluación)	

Nota. RC: Representatividad Clínica (R. E. Stewart y Chambless, 2009);

Trastornos psicológicos: TAG = trastorno de ansiedad generalizada. TDM = trastorno depresivo mayor. TEPT = trastorno por estrés postraumático

Tratamientos psicológicos: TCC = tratamiento cognitivo conductual

Técnicas terapéuticas: R. cognitiva = reestructuración cognitiva. RMP = relajación muscular progresiva. RV = realidad virtual

Grupos de control: LE = lista de espera. TAU = tratamiento habitual (*treatment as usual*)

Medidas: CAPS = Clinician-Administered PTSD Scale (Blake et al., 1995). PSS-I = PTSD Symptom Scale-Interview (Foa et al., 1993). SCID-I-CV, SCID-I/P, SCID-II = versión clínica y del paciente para los trastornos del eje I y trastornos del eje II de la Structured Clinical Interview for DSM-IV (First, Spitzer, Gibbon, y Williams, 1995); Spitzer, Williams, Gibbon, First, 1995; First, Spitzer, Gibbon, Williams y Benjamin, 1997

Dentro de los cuatro primeros, Bryant et al. (2011) y Difede, Malta, et al. (2007) analizaron la eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, una intervención basada, como ya se ha explicado, en la exposición en vivo y en imaginación a los estímulos y al recuerdo asociados al evento traumático pero frecuentemente acompañada por otras estrategias cognitivo-conductuales, sobre todo, reestructuración cognitiva de las creencias disfuncionales asociadas al trauma y en este caso concreto, adaptada a las poblaciones y contextos específicos de cada uno de los dos estudios. De esta manera, el trabajo de Difede, Malta, et al. (2007) utilizaba los principios básicos de la terapia cognitivo-conductual establecidos en protocolos anteriores (Bryant et al., 1998; Bryant et al., 1999) pero adaptándolos a la población del personal de emergencias y recate y Bryant et al. (2011) se basó en una versión más moderna de su propio manual (Bryant, Moulds, et al., 2003) pero también adaptada a situaciones donde los atentados seguían sucediéndose y por tanto, técnicas como la reestructuración cognitiva, por ejemplo, debían enfocarse no tanto a desconfirmar la percepción de peligro, sino más bien a valorar el riesgo relativo que existía, efectivamente, en contextos donde la amenaza terrorista es real (Marshall et al., 2007) (véase la tabla 7)

La terapia descrita en el estudio de Duffy et al. (2007) se basaba en el modelo cognitivo del trauma persistente de Ehlers y Clark (2000) y por tanto, se definía como fundamentalmente cognitiva. De hecho, uno de sus componentes básicos suponía modificar, a través de estrategias cognitivas (sobre todo, experimentos conductuales) las valoraciones negativas que las víctimas hacían tanto de la situación traumática como de sus secuelas, algo que para Ehlers y Clark, (2000) era uno de los motivos principales por los que la patología postraumática llegaba a prolongarse en el tiempo. Sin embargo, este modelo también contemplaba, según ya se ha explicado, que la alteración de la

memoria autobiográfica de estos pacientes y el uso de estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales inadecuadas también eran factores de cronificación, por lo que el programa incluía, además, la exposición en imaginación, para elaborar e integrar el recuerdo traumático y reducir la reexperimentación e incluso, cuando se creyó necesario, la exposición en vivo, en contraposición a las estrategias cognitivas y conductuales de evitación que exacerbaban los síntomas o entorpecían la reevaluación de las valoraciones negativas (Gillespie et al., 2002). Por este motivo esta terapia parecía encajar mejor en el marco cognitivo-conductual que en el formato solo cognitivo y así ha sido conceptualizada en el presente estudio (véase la tabla 7).

Por último, el tratamiento de Difede, Cukor, et al., (2007) aparecía definido como una terapia de exposición pura al trauma, aunque en este caso, añadiendo técnicas de realidad virtual para mejorar la implicación emocional de los pacientes a los que les resultaba difícil involucrarse en la tarea de exposición tradicional. Se trataba, en definitiva, de una mezcla de exposición en imaginación y exposición en vivo. Sin embargo, el protocolo de tratamiento también incluía otro tipo de componentes para la desactivación o incluso, la mejora del estado de ánimo, habitualmente incluidos en las terapias cognitivo-conductuales, por lo que también en esta ocasión se consideró que la intervención en su conjunto se definía mejor como cognitivo-conductual centrada en el trauma (véase la tabla 7).

Todas las terapias cognitivo-conductuales centradas en el trauma descritas hasta ahora se realizaron en formato individual y el número de sesiones estándar de cada una de ellas oscilaba entre 8 (Bryant et al., 2011) y 14 sesiones (Difede, Cukor, et al., 2007) siempre semanales y con una duración de entre 60 (Bryant et al., 2011) y 75 minutos (Difede, Cukor, et al., 2007; Difede, Malta, et al., 2007) aunque no en todos los estudios se especificaba este dato (véase la tabla 7). No obstante, es importante resaltar que,

aunque había una duración estándar para cada tratamiento, la mayoría de los protocolos fueron flexibles a este respecto. Por ejemplo, en Duffy et al. (2007), a pesar de que el número estándar de sesiones era de 12, los terapeutas podían realizar sesiones adicionales si lo consideraban necesario y si el paciente consentía en ello. Además, el criterio para considerar que un participante había completado el tratamiento era que hubiera realizado al menos 6 sesiones o incluso, menos, si el terapeuta observaba una mejoría clínica significativa. De hecho, el número medio de sesiones de los pacientes que completaron el tratamiento fue de 9,2 en este estudio (véase la tabla 7). En el trabajo de Bryant et al. (2011), aunque no se especificaba ningún criterio para dar por finalizado el tratamiento antes de las 8 sesiones preestablecidas, el número medio para los pacientes que completaron el protocolo fue solo de 6,6 sesiones y en Difede, Cukor, et al. (2007), donde tampoco se hacía constar ninguna premisa para el fin prematuro de las intervenciones, el promedio de sesiones fue de 7,5, aunque en este caso concreto, no se especifica si este promedio correspondía a los pacientes que completaron el tratamiento o incluía también a los que lo abandonaron.

Dentro del número estándar de sesiones, además, en muchos estudios se hacía constar el número y la duración mínima de las sesiones de exposición al trauma, sobre todo, al recuerdo traumático (exposición en imaginación). Así, por ejemplo, en Difede, Malta, et al. (2007) y en Difede, Cukor et al. (2007) se prescribieron 10 sesiones de exposición al recuerdo traumático, con 30 y 45 minutos de duración de la técnica en cada uno y en Bryant et al. (2011), aunque no se explicaba claramente, parece que el número de sesiones dedicado a la exposición en imaginación era de 6 (desde la segunda hasta la penúltima sesión) y en este caso, de 40 minutos de duración. Además de esto, es importante resaltar que en todos los estudios la exposición se incluía desde prácticamente el principio de los tratamientos, normalmente en la segunda o tercera

sesión y exponiendo primero al recuerdo y después a los estímulos en vivo (Bryant et al., 2011; Difede, Cukor, et al., 2007; Difede, Malta, et al., 2007) En los casos en que además había reestructuración cognitiva, la exposición tendía a ir antes (Bryant et al., 2011; Difede, Malta, et al., 2007) (véase la tabla 7).

Pero además de la exposición al recuerdo y a los estímulos asociados al trauma y de la reestructuración cognitiva, todas las terapias cognitivo-conductuales descritas hasta ahora solían incluir explícitamente otros componentes cognitivo-conductuales adicionales (véase la tabla 7), como la psicoeducación al inicio de los tratamientos o la prevención de recaídas a su fin (Bryant et al., 2011; Difede, Cukor, et al., 2007; Difede, Malta, et al., 2007) técnicas de desactivación antes de la exposición, como la respiración (Difede, Malta, et al., 2007) o relajación muscular progresiva (Bryant et al., 2011; Difede, Cukor, et al., 2007) y técnicas para mejorar el estado de ánimo, como la activación conductual de Duffy et al., (2007) cuando existían niveles elevados de depresión que pudieran obstaculizar el tratamiento del TEPT, o la planificación de actividades agradables de Difede, Cukor, et al., (2007) que se utilizó en todos los casos, aunque después de la exposición y como cierre de la terapia. Otros autores, incluso, añadieron estrategias ajenas a la terapia cognitivo-conductual tradicional, como, por ejemplo, la meditación oriental, una técnica que lógicamente resultaba mucho más familiar que otras formas de desactivación occidentales para la población del estudio de (Bryant et al., 2011).

El quinto estudio, el de Schneier et al. (2012), no examinó específicamente la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, sino la eficacia de la combinación de una forma concreta de terapia cognitivo-conductual, la exposición prolongada, con un fármaco antidepressivo inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS), para así evaluar si la adición de ese fármaco mejoraba la eficacia de la terapia de

exposición aplicada en solitario. La parte psicológica, entonces consistía en la aplicación de 10 sesiones de exposición prolongada, individuales y semanales y de 90 minutos de duración, según el protocolo de Foa y Rothbaum, (1998), más visitas individuales de 30 minutos de duración, con el psiquiatra, que se iban espaciando en el tiempo, de manera que durante las primeras seis semanas se producían de manera semanal, en las cuatro siguientes, cada dos semanas y después y hasta el final del tratamiento, cada cuatro semanas. En estas visitas se administraba al paciente paroxetina de forma gradual, con una dosis de 12,5 mg/día durante una semana, 25 mg/día durante 3 semanas y aumentando la cantidad de medicación progresivamente, según el grado de tolerancia del paciente y en todo caso, hasta un máximo de 50 mg/día. Los psiquiatras, además, proporcionaban apoyo a los participantes, monitorizaban la adherencia al tratamiento farmacológico y revisaban que no hubiera efectos secundarios al tratamiento. Como en los estudios sobre la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, la duración de este tratamiento también fue variable y aunque se estableció un mínimo de 10 semanas de terapia para considerar que una persona había completado todo el proceso, los terapeutas podían añadir hasta 12 sesiones más de mantenimiento, en las que se seguía administrando paroxetina pero en esta ocasión sin exposición prolongada. Sin embargo, no todos los pacientes a los que se les sugirió hacer estas sesiones, las aceptaron (véase la tabla 7).

A pesar de que los cinco estudios de eficacia descritos hasta ahora centraron sus intervenciones en el tratamiento del TEPT, como ya se ha mencionado, es importante hacer algunas matizaciones al respecto. En primer lugar, si se tiene en cuenta el tiempo transcurrido desde los atentados hasta que se realizaron los distintos estudios, que se situaba entre los 5 meses (Difede, Cukor, et al., 2007) y los 7 años (en Schneier et al., 2012) (véase la tabla 7) podemos suponer que una gran proporción de los pacientes, si

no todos ellos, cumplían criterios para lo que hasta ahora se consideraba como TEPT crónico (TEPT con una duración mayor de tres meses), por lo que en realidad, estos estudios específicos sobre la eficacia de los tratamientos para víctimas del terrorismo son en muchos casos estudios de eficacia sobre el TEPT crónico en víctimas del terrorismo, con las implicaciones prácticas que esto podría tener. No en balde en los estudios de Difede, Cukor, et al. (2007) y Duffy et al. (2007), el valor añadido era, precisamente, encontrar innovaciones (la realidad virtual en un caso y el enfoque cognitivo, en el otro) que permitieran mejorar la eficacia de las técnicas tradicionales en estos pacientes “difíciles”. Pero además, es importante señalar que no todos los estudios requirieron que el TEPT fuera completo en sus criterios de inclusión, sino que en el estudio de Difede, Malta, et al., (2007), también fueron tratados pacientes con TEPT subsindrómico, aunque la definición de esta categoría no aparecía claramente descrita en el estudio (véase la tabla 7). Y por supuesto, no se puede dejar de comentar que, a pesar de que todos los trabajos se basaron en criterios diagnósticos del DSM-IV para diagnosticar TEPT en el pretratamiento, las estrategias de evaluación variaban sustancialmente de unos estudios a otros, de manera que, aunque todos los estudios utilizaron entrevistas estructuradas para el diagnóstico como la Escala de PTSD Administrada por el Clínico (CAPS; Blake et al., 1995), tres versiones de Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del DSM-IV, (Trastornos del Eje I, Versión Clínica-SCID-I-CV; First, Spitzer, Gibbon, y Williams, 1996; Trastornos del Eje I, Versión del paciente-SCID-I/P First, Spitzer, Gibbon, y Williams, 2002; y trastornos del Eje II-SCID-II; First, Spitzer, Gibbon, Williams y Benjamin, 1997) o la entrevista basada en la Escala de Síntomas de Estrés Postraumático (PSS-I; Foa, Riggs, Dancu, y Rothbaum, 1993), en algunos casos se exigían puntuaciones específicas para cada

entrevista, mientras que en otros esto no es así (por ejemplo, puntuación de 45 puntos o más en la CAPS en Schneier et al., 2012 y de 30 en Difede, Malta, et al., 2007).

Pero además, es vital dejar constancia de que, aunque en todos los estudios el TEPT era la condición necesaria, algunos trabajos (Bryant et al., 2011; Schneier et al., 2012) simplemente al señalar que esta categoría diagnóstica debía ser primaria frente a otras, ya estaban reconociendo en la población de estudio la alta comorbilidad que se aprecia típicamente en las víctimas del terrorismo. De hecho, todos los trabajos, excepto uno (Difede, Malta, et al., 2007) recogían datos a este respecto. Por ejemplo, Schneier et al. (2012) hablaba de manera general de comorbilidad con otros trastornos del eje I (70,27%) y del eje II (16,2%) aunque especificaba que la comorbilidad más alta, con un 65,8% de los casos, se daba entre el TEPT y los trastornos del estado de ánimo. En otros estudios también se estableció esta elevada comorbilidad entre la sintomatología postraumática y la depresiva, con un 63,8% de casos con TEPT y TDM en Duffy et al. (2007) y un 85,7% con TEPT y duelo complicado en Bryant et al. (2011). Algunos autores, por su parte, señalaban la comorbilidad entre TEPT y otros trastornos de ansiedad, que iba desde un 3,4% de TEPT con fobia social, hasta un 20,7% de TEPT con trastorno de angustia y que si era tenida en cuenta en conjunto (para todos los trastornos de ansiedad), podrían incluso superar al tándem TEPT-depresión. En este mismo trabajo de Duffy et al. (2007) se observó también comorbilidad con otros trastornos, como la bulimia (1,7%) o trastornos en el consumo de sustancias (13,8%), comorbilidad esta última que no suele ser frecuente en este tipo de estudios porque a menudo el consumo de sustancias se considera criterio de exclusión. En definitiva, la presencia tan pronunciada de estos otros trastornos acompañando al TEPT podría ser la explicación de que en casi todas las terapias de eficacia examinadas hasta ahora se incluyeran técnicas cognitivo-conductuales adicionales diferentes a la exposición o la

reestructuración cognitiva, como las ya mencionadas técnicas de desactivación (Bryant et al., 2011; Difede, Cukor, et al., 2007; Difede, Malta, et al., 2007) o la activación conductual y planificación de actividades agradables para la sintomatología depresiva (Difede, Cukor, et al., 2007; Duffy et al., 2007)

Por otra parte, a pesar de que el rigor experimental se les presupone, estos cinco estudios de eficacia también mostraban diferencias metodológicas entre sí, incluso en los supuestos experimentales más básicos, como el de la aleatorización. Mientras para algunos la aleatorización era realizada por una persona ajena al proyecto de investigación y era también completamente independiente de otras variables (Bryant et al., 2011; Difede, Malta, et al., 2007), en algunos trabajos, se utilizó la aleatorización por bloques (Schneier et al., 2012) y en otros, como en el de Duffy et al. (2007) se aleatorizó de manera estratificada, es decir, teniendo en cuenta otras variables, en esta ocasión, la gravedad del TEPT, de la sintomatología depresiva y los problemas físicos derivados del atentado. Pero además, en el estudio de Difede, Cukor, et al. (2007) aunque el diseño era también aleatorizado y estratificado, según la gravedad en el CAPS, el grado de exposición al atentado y otras variables sociodemográficas, había lo que se conoce como “unidades intactas”, de manera que 5 de los 21 potenciales pacientes, precisamente aquéllos que ya habían fallado anteriormente otros tratamientos relacionados con el trauma, se incluyeron directamente en el grupo experimental, dado que era precisamente con estas personas que habían tenido dificultades con los tratamientos tradicionales con los se quería probar la eficacia de la realidad virtual (véase la tabla 7). Aunque en la revisión de García-Vera et al., (2015) y para la presente revisión se decidió seguir considerando a este estudio como de eficacia, por su diseño intergrupar y por la parte aleatoria que aún conservaba, en realidad su naturaleza sería

quasi experimental y las conclusiones que se deriven de él deberán ser tomadas con cautela.

Pero incluso los diseños inter grupos fueron muy variados (véase la tabla 7). En dos de los cinco estudios intergrupales el grupo de control o comparación fue de lista de espera (Difede, Cukor, et al., 2007; Duffy et al., 2007), en otros dos de tratamiento habitual (Bryant et al., 2011; Difede, Malta, et al., 2007) y en el restante, de exposición prolongada en combinación con un placebo farmacológico (Schneier et al., 2012) Además, los tratamientos habituales que se utilizaron como condición de comparación eran también muy heterogéneos. Por ejemplo, en el estudio de Bryant et al., (2011) el tratamiento habitual consistía en un tipo de consejo ofrecido por psiquiatras no entrenados en terapia cognitivo-conductual, mientras que en el de Difede, Malta, et al., (2007), los pacientes asignados aleatoriamente al grupo de control recibieron la intervención habitual para los trabajadores de emergencias en estos casos, que consistía, básicamente, en proporcionarles información sobre los resultados de la evaluación psicológica pretratamiento, aconsejarles que buscaran tratamiento para el TEPT y remitirles a los profesionales adecuados para que les ayudaran a obtener dicho tratamiento a través de los recursos de la comunidad, aunque, durante el curso del estudio, ninguno de dichos pacientes buscó tal tratamiento.

Más allá de las dos condiciones básicas de aleatorización y grupo de control, los estudios de eficacia deberían reunir otras condiciones de control experimental que les permitieran establecer relaciones de causalidad entre los tratamientos y los resultados de estos tratamientos y todo ello con el mínimo error posible (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Seligman, 1995) Por ejemplo, se espera que los investigadores ejerzan un control considerable sobre la selección de la muestra de participantes, intentando que sea lo más homogénea posible, para lo cual, deberán seleccionar cuidadosamente un

método de contacto con la población de estudio deseada y por supuesto, establecer criterios de inclusión y exclusión de la muestra estrictos.

Respecto a los métodos de contacto, en el estudio de Duffy et al. (2007), por ejemplo, los pacientes fueron referidos y autorreferidos a un centro específico de trauma, que previamente se había publicitado entre las autoridades y los profesionales del campo de la salud y la salud mental, otras organizaciones comunitarias y entre el público en general, a través de una página web y artículos en los periódicos. En el de Bryant et al., (2011), los pacientes también fueron referidos a través del departamento de salud mental tailandés, porque ya estaban recibiendo tratamiento en un hospital del sur de Tailandia y en relación a problemas derivados de haber sufrido algún atentado terrorista. Los participantes del estudio de Difede, Cukor, et al. (2007) fueron referidos al proyecto de investigación por profesionales pertenecientes a la red hospitalaria, los departamentos de bomberos y otras entidades que trabajaban con voluntarios y trabajadores en situaciones de desastre. Sin embargo, en el estudio de Difede, Malta, et al., (2007) se mencionaba que las personas habían sido reclutadas directamente aunque no se especificaba cómo y en el trabajo de Schneier et al. (2012), aunque había víctimas referidas y otros participantes respondieron directamente a anuncios sobre el proyecto de investigación, hubo un grupo de personas que fueron contactadas directamente a través de email, bien porque habían solicitado ayuda relacionada con el atentado por parte de una asociación de salud mental de Nueva York o bien porque formaban parte del registro de víctimas que se había elaborado tras los ataques. En cualquier caso, es evidente que ninguno de estos procedimientos de contacto discurría por los cauces normales por los que las personas reciben tratamiento de manera habitual (véase la tabla 7).

Respecto a los criterios de inclusión, en los cinco trabajos sobre la eficacia de los tratamientos a víctimas del terrorismo que nos ocupan existía unanimidad sobre el TEPT (relacionado con algún atentado) como condición necesaria en todos los casos (aunque con las especificidades anteriormente mencionadas) (véase la tabla 7). Además, todos los estudios se hicieron en población adulta, con un rango edades de entre 18 (17 años en Bryant et al., 2011) a 70 años (65 en Difede, Malta, et al., 2007) y una media de 45,1 años de edad (véase la tabla 7). Por otro lado, aunque en ningún estudio se hacían distinciones respecto al género, es importante señalar que en algunos trabajos las poblaciones eran casi completamente masculinas o femeninas. Por ejemplo, en el estudio de Difede, Malta, et al. (2007) y Difede, Cukor, et al. (2007) el 97% y el 95% de la muestra de intervinientes en los atentados del 11-S eran hombres y en el estudio de Bryant et al., (2011) con víctimas directas de los atentados en Tailandia, el 96,4% de los pacientes fueron mujeres. En el resto de investigaciones, sin embargo, las muestras estaban más equilibradas, con un 60,4% de hombres en Duffy et al. (2007) y un 54,05% de mujeres en Schneier et al. (2012) (véase la tabla 7).

Por otro lado, el tipo de población y el grado de exposición al trauma de las distintas muestras fue muy distinto entre los cinco estudios e incluso, dentro de cada uno de ellos, en parte, por la falta de unanimidad a la hora de definir lo que era una víctima directa en el caso de un atentado terrorista (véase la tabla 7). En Duffy et al., (2007), por ejemplo, se hablaba de víctimas directas, pero en realidad solo el 74,1% de la muestra había experimentado directamente el atentado (con un 19% que además, había sido herido en el mismo), y el resto de personas, un 25,9%, fueron testigos directos o indirectos de lo sucedido. En el estudio de Schneier et al. (2012) se definía también a la población como directamente afectada por el trauma pero solo porque todos ellos habían estado en las inmediaciones de la zona cero durante los ataques a las

Torres Gemelas o en el momento de su derrumbe. Además, la localización geográfica era muy amplia y podríamos suponer que el grado de exposición del 83,3% de la muestra que tuvo que ser evacuada por los servicios de emergencias fue mayor que el de los que no vivieron esta situación. Adicionalmente, en este estudio se mencionaba que el 32,4% de las personas tenían familiares o eran amigos de heridos o fallecidos en los atentados del 11-S, por lo que su grado de afectación podría ser mayor. Por último, en el estudio de Bryant et al., (2011) se hablaba también de víctimas directas, aunque no se definía en qué manera se había considerado que esto era así. Quizás, en una población como la del sur de Tailandia, donde los ataques terroristas constituían la cotidianidad de la gente, que todas las víctimas estudiadas eran víctimas directas se daba por sobreentendido, pero el hecho de que un 85,7% de las personas tratadas, además de víctimas directas, fueran familiares de alguna persona fallecida en los atentados parecía un factor más de exposición a tener en cuenta y de hecho su importancia se confirmaba en el alto grado de comorbilidad entre TEPT y duelo patológico que se evidenciaba en esta muestra. Sin embargo, aunque en estos dos últimos estudios se hiciera cierta alusión a los familiares y allegados de heridos y fallecidos, siempre se hizo de una manera secundaria y como parte de la categorización de la muestra de víctimas directas, sin que hubiera un análisis pormenorizado de los resultados en esta submuestra específica de las víctimas de atentados terroristas.

Los estudios de Difede, Cukor, et al. (2007) y Difede, Malta, et al. (2007) examinaron el impacto del tratamiento en víctimas indirectas, en este caso, en los voluntarios y el personal de emergencias y rescate que trabajó en los atentados terroristas del 11-S, pero en el estudio de Difede, Cukor, et al. (2007) se incluía también a población civil que hubiera sido testigo de lo ocurrido (de hecho, el grupo de tratamiento estaba constituido en un 69,2% por bomberos o personal de emergencias y

en un 30,8% por civiles). Inclusive en el estudio de Difede, Malta, et al., (2007), que era más homogéneo, había diferencias importantes, con un 39,8% de los intervinientes que fueron testigos directos de los atentados, un 25% de ellos a los que se desplazó el mismo día del ataque y un 93% que fueron desplazados a lo largo de toda la primera semana (véase la tabla 7).

Pero la heterogeneidad en los criterios de exclusión superaba con creces a la de los criterios de inclusión. La existencia de psicosis, ideación autolítica, consumo de sustancias o enfermedades físicas eran criterios de exclusión para casi todos los estudios de eficacia hasta aquí descritos, pero en forma y manera diferentes (véase la tabla 7). Así, en primer lugar, mientras algunos autores se referían a la psicosis de manera general, sin especificar el tipo concreto de diagnóstico o el período temporal en que debía estar enmarcado (Bryant et al., 2011) otros hablaban de trastorno psicótico en general, pero acotado al momento de evaluación (Schneier et al., 2012) los había que concretaban tipos específicos de patología, como la esquizofrenia, el trastorno delirante y el trastorno bipolar o la depresión con síntomas psicóticos también en el momento de la evaluación (Difede, Cukor, et al., 2007) y los que eran mucho más restrictivos, excluyendo del estudio a las personas que hubieran tenido esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o bipolar en cualquier momento de su vida (Difede, Malta, et al., 2007)

Por otro lado, la mayoría de los estudios mencionaban como criterio de exclusión la presencia de ideación suicida, pero mientras algunos no hacían especificaciones al respecto y descartaban tanto la ideación autolítica como la homicida, en general (Difede, Malta et al., 2007), otros incluían un matiz, aunque inespecífico, de gravedad, cuando hablaban de una amenaza grave contra la seguridad personal (Duffy et al., 2007), ideación suicida prominente (Schneier et al., 2012) o grave (Bryant et al., 2011), e, incluso, había algunos que trataban de acotar más cuando rechazaban la

ideación suicida u homicida activa así como cualquier intento o plan de suicidio (Difede, Cukor et al., 2007). Pero, en general, en ningún estudio aparecía descrito de manera concreta el procedimiento de evaluación y de decisión respecto a este criterio lo que, teniendo en cuenta lo estrechamente ligado que puede estar el suicidio a la sintomatología depresiva, a la sintomatología postraumática e, incluso, a algunas formas graves de TEPT como el TEPT complejo o el TEPT crónico, es, cuanto menos, sorprendente.

Otra cuestión controvertida que aparecía indefectiblemente como criterio de exclusión, a pesar de su elevada comorbilidad con el TEPT, era el consumo de sustancias o más bien, el trastorno relacionado con éste. Algunos autores como Duffy et al., (2007) eran más inespecíficos, excluyendo en su estudio a cualquier persona con problemas de alcohol u otras sustancias, pero solo cuando este diagnóstico y su tratamiento se consideraran prioritarios respecto al TEPT, lo cual no supuso la exclusión de al menos un 13,8% de la muestra, para los que existía comorbilidad entre TEPT y consumo de sustancias, tal y como se mencionó con anterioridad. Schneier et al. (2012) se mostraba más restrictivo cuando excluía cualquier trastorno por consumo de sustancias que hubiera ocurrido en los últimos 3 meses y el resto de autores se referían solamente al trastorno por dependencia, sin criterio temporal (Bryant et al., 2011; Difede, Cukor, et al., 2007) o en los últimos 6 meses (Difede, Malta, et al., 2007)

Además, todos los trabajos, excepto el de Bryant et al. (2011) consideraron la presencia de un trastorno orgánico como criterio de exclusión, bien de forma inespecífica, como Schneier et al. (2012), que se refería a cualquier enfermedad médica inestable o Duffy et al. (2007) que mencionaba cualquier problema físico que necesitara de tratamiento prioritario al del trauma, o bien en referencia a alguna lesión neurológica, como el trastorno mental orgánico (Difede, Cukor, et al., 2007) o cualquier lesión en la

cabeza u otro tipo de lesión médica no estabilizada con medicación (Difede, Malta, et al., 2007) Llama la atención aquí que en ningún estudio se mencionase explícitamente uno de los criterios de exclusión básicos de las terapias clásicas, como es la existencia de la amnesia disociativa grave para la terapia de exposición prolongada de Foa y Rothbaum, (1998), amnesia que podría asociarse a lesiones craneoencefálicas, aunque no necesariamente.

Además de los supuestos médicos mencionados, lógicamente, Difede, Cukor, et al. (2007), por lo específico de su entrenamiento en realidad virtual, descartaron a todas aquellas personas que utilizaran marcapasos o tuvieran cualquier problema en el control del movimiento y por supuesto, en el estudio de Schneier et al. (2012), en el que se iba a utilizar medicación, se pidió que ninguna víctima estuviera embarazada ni tuviera historia de epilepsia o de rechazo a métodos anticonceptivos. El estudio de Schneier et al. (2012), además, fue el único que restringió entre sus participantes el uso de medicación, prohibiendo la toma de psicotrópicos durante las dos semanas (4 para fluoxetina o IMAOS) previas a la aleatorización (a excepción del Zolpidem para conciliar el sueño). Al no haber tal restricción para el resto de estudios, se supone que los participantes que fueron tratados por las diferentes terapias cognitivo-conductuales podrían haber estado tomando psicofármacos e incluso, haber recibido otros tratamientos psicológicos durante el transcurso de las investigaciones. Sin embargo, a pesar de que esto podría afectar directamente a los resultados, no aparece en los estudios datos sobre cómo afectaba la posible adición de medicación o de otras terapias psicológicas paralelas a las distintas intervenciones hasta aquí examinadas.

En línea con lo anterior, resulta también llamativo que los estudios de eficacia sobre el tratamiento a víctimas del terrorismo no incluyeran apenas restricciones respecto a la presencia y número de otros sucesos traumáticos anteriores, sobre todo,

teniendo en cuenta que la ocurrencia de sucesos traumáticos puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología (Brewin, Andrews, y Valentine, 2000) y que la presencia de estos otros acontecimientos está muy presente en las cinco investigaciones que nos ocupan. El porcentaje de pacientes con una historia de trauma previa fue del 66,7% en Difede, Malta, et al. (2007), del 61,9% en Difede, Cukor, et al. (2007) y del 37,9% en el caso de Schneier et al. (2012). Además, Duffy et al. (2007) refiere que el 81% de los pacientes de su investigación fueron tratados por sus traumas múltiples (con una mediana de 3 eventos traumáticos por persona), algo coherente con el contexto de terrorismo prolongado en el tiempo que había en Irlanda del Norte y aunque en el artículo de Bryant et al., (2011) no se refiere nada al respecto es lógico suponer que en un país como Tailandia, con una actividad terrorista tan elevada y presente durante tantos años, incluso, durante el desarrollo del propio estudio, las cifras de trauma múltiple fueran iguales o mayores que las de los otros cuatro estudios. Por eso, resulta sorprendente que ninguno de ellos hiciera alusión a este aspecto en el análisis de resultados y que solamente dos trabajos, el de Difede, Cukor, et al., (2007) y Duffy et al. (2007) incluyeran como criterio de exclusión la presencia de otros acontecimientos traumáticos, aunque referida solamente, al abuso sexual en la infancia, que en el caso de Duffy et al. (2007) solo se excluía si constituía el problema fundamental del paciente y en el de Difede, Cukor, et al. (2007), cuando se había producido de manera crónica (véase la tabla 7).

Al igual que no se hacía referencia, en general, a la posibilidad de que los pacientes pudiera estar siguiendo tratamientos psicológicos o psicofarmacológicos en el momento de evaluación y tratamiento, los cinco estudios de eficacia aquí examinados tampoco tomaron medidas específicas en los casos en que había habido tratamientos psicológicos y psiquiátricos relacionados con el trauma o con otras patologías

anteriormente, a pesar de que la historia psiquiátrica previa se ha considerado también un factor de riesgo para el desarrollo de patología postraumática (DiMaggio y Galea, 2006) y que esta historia, en efecto, se había dado en muchas ocasiones en los estudios que nos ocupan. Por ejemplo, en la investigación de Schneier et al. (2012) el 67,6% de las personas ya habían recibido tratamiento por su TEPT (60% psiquiátrico y ninguno TCC) y en Difede, Cukor, et al. (2007) el 28,6% había tenido una historia psiquiátrica y el 5% no había respondido a los tratamientos tradicionales para el trauma. De hecho, es fundamental recordar aquí que precisamente este 5% fue el que los autores introdujeron forzosa y no aleatoriamente en el grupo de tratamiento de realidad virtual (véase la tabla 7).

Por último, es importante señalar respecto a los criterios de exclusión que, aunque todos los estudios contaban con un buen número de ellos, con más o menos especificaciones, tal y como se ha visto hasta aquí, los criterios de exclusión de algunos trabajos como los de Bryant et al., (2011) o Difede, Malta, et al. (2007) no excluyeron finalmente a ningún participante, algo que también resulta llamativo (véase la tabla 7).

Pero además del control sobre la muestra, los investigadores de los estudios de eficacia tendrían que tener también control sobre la administración de los tratamientos, empleando, por ejemplo, terapeutas con una formación muy similar y procedentes, habitualmente, de hospitales, clínicas y laboratorios universitarios, que han sido específicamente entrenados con manuales de tratamiento, que siguen protocolos terapéuticos muy definidos en cuanto, por ejemplo, al número de sesiones y su duración, y que son evaluados en cuanto al grado de fidelidad a los protocolos y a los manuales (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Seligman, 1995).

En lo relativo al contexto de tratamiento, mientras que algunos estudios como el de Schneier et al. (2012), el de Difede, Cukor, et al. (2007) o Difede, Malta et al. (2007)

se llevaron a cabo claramente en ambientes universitarios o de investigación, aunque desarrollaran parte de sus labores en centros clínicos u hospitales, otros, como Duffy et al. (2007), trabajaron en contextos puramente clínicos, aunque especializados expresamente en el estudio del trauma. Quizás el estudio de Bryant et al., (2011) fuera el que se llevó a cabo en un contexto clínico más natural, con profesionales comunitarios que atendían habitualmente a la población (véase la tabla 7).

Relacionado con esto, los terapeutas de cada estudio fueron también heterogéneos (véase la tabla 7). Podía haber trabajos en los que los terapeutas tenían un nivel de estudios y formación muy especializada y uniforme, como en el caso de Schneier et al., (2012), donde la exposición prolongada la llevaban a cabo psiquiatras y psicólogos doctores, o en el caso de Difede, Cukor, et al. (2007), donde el tratamiento era llevado a cabo exclusivamente por psicólogos, aunque sin referencias a su experiencia previa. Pero también había estudios con una mayor variedad de perfiles como es el caso de Difede, Malta, et al. (2007) y Duffy et al. (2007) y por supuesto, de Bryant et al. (2011), donde participaron psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y enfermeros, aunque habitualmente con experiencia clínica, incluso, en algún tipo específico de terapia, como en el estudio de Duffy et al., (2007), donde todos los terapeutas tenían experiencia en terapia cognitiva y algunos, incluso, en el modelo de Ehlers y Clark, 2000, para el TEPT crónico.

Adicionalmente, todos los estudios incluyeron un plan de formación específico de sus terapeutas, aunque la longitud e intensidad del mismo, variaba mucho entre unos y otros (véase la tabla 7). Había, entonces, desde un taller de unos pocos días, como en el caso de Duffy et al. (2007) hasta entrenamientos mucho más intensos, como el de Schneier et al. (2012), que incluía de 2-4 días de teoría pero también casos prácticos supervisados o el de Bryant et al., (2011), donde los trabajadores recibieron tres talleres

Capítulo 2: El tratamiento del terror

con dos días de formación teórica y 4 meses de prácticas supervisadas, a lo largo de todo un año. En los estudios de Difede, Malta, et al. (2007) y Difede, Cukor, et al., (2007) se mencionaba la formación específica pero no se concretaba la intensidad ni duración de la misma.

Por último, también es importante señalar que en la mayoría de estudios examinados se incluyó algún plan de supervisión clínica (Difede, Cukor, et al., 2007; Difede, Malta, et al., 2007; Schneier et al., 2012) y por supuesto, era habitual que existiera algún método de comprobación de la fidelidad al tratamiento. Por ejemplo, en Bryant et al. (2011) los terapeutas llevaban una “*checklist*” donde confirmar que habían cubierto todos los objetivos planteados para una sesión, en Difede Cukor et al. (2007), Difede, Malta, et al. (2007) y Schneier et al., (2012), tanto las sesiones de evaluación, como las de tratamiento fueran grabadas en audio o en vídeo y supervisadas aleatoriamente por profesionales con más experiencia, obteniendo altas tasas de fiabilidad del diagnóstico en las evaluaciones (por ejemplo, de 0,98 y 0,99 de fiabilidad interjueces o intraclassa en Difede Cukor, et al., 2007; Difede, Malta, et al., 2007) y buenos resultados de ajuste al tratamiento, como en Schneier et al. (2012), donde el 89% de los casos habían completado todos los componentes esenciales de la terapia y la fiabilidad de las evaluaciones interjueces para las sesiones de tratamiento fue de 0,88.

Una vez revisadas todas las características de los cinco estudios sobre la eficacia de los tratamientos para las víctimas de terrorismo, la primera conclusión obvia es que el estudio de estos tratamientos específicos se encuentra todavía en una fase muy incipiente. Además, aunque estos cinco estudios cumplen con una serie de criterios metodológicos de calidad, no siempre es así y desde luego, hay que tener en cuenta la heterogeneidad que existe entre ellos a la hora de sacar conclusiones sobre el tema.

2.2.2 Resultados de los estudios de eficacia de los tratamientos en víctimas del terrorismo

A pesar de que la heterogeneidad en los estudios es una limitación importante, de que existen fallos metodológicos relevantes, como la asignación no completamente aleatoria en el estudio de Difede, Cukor, et al. (2007) y de que los tamaños muestrales de las investigaciones sobre eficacia en víctimas del terrorismo son pequeños (entre 21 en Difede, Malta, et al., 2007 y 57 en Duffy et al., 2007), el análisis de los resultados de estos trabajos es bastante revelador (véase la tabla 8).

En primer lugar, los datos sugieren que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz para el tratamiento de víctimas del terrorismo, directas e indirectas, con TEPT agudo o crónico, ya que en los cuatro estudios que la analizaron se dieron diferencias estadísticamente significativas en el postratamiento entre el grupo experimental (tratamiento) y el grupo de control (lista de espera o tratamiento habitual), siempre a favor del primero, y estas diferencias, además, fueron clínicamente relevantes.

Efectivamente, Duffy et al. (2007) encontraron que de entre un grupo de 57 víctimas directas e indirectas de los atentados en Irlanda del Norte, las 20 del grupo de tratamiento que completaron su terapia cognitivo-conductual de 12 sesiones basado en el modelo de Ehlers y Clark (2000), no solo mejoraron significativamente del pretratamiento al postratamiento, sino que obtuvieron puntuaciones en la Escala para el Diagnóstico del Estrés Postraumático (PDS Foa, Cashman, Jaycox, y Perry, 1997) significativamente inferiores a las del grupo de lista de espera, que por cierto, no mejoró significativamente mientras aguardaba. Además, cuando añadieron los datos de las 25 personas asignadas al grupo de control que después de 12 semanas de espera realizaron también el tratamiento, estos autores vieron que volvía a repetirse una mejora

significativa en sintomatología postraumática entre el pre y el postratamiento, aunque esta mejoría era significativamente mayor cuando se añadían algunas sesiones adicionales a las 12 preestablecidas por el programa de tratamiento (véase la tabla 8).

Resultados parecidos se encontraron en el estudio con población oriental de Bryant et al. (2011) donde, del grupo inicial de 28 víctimas directas de atentados terroristas en el sur de Tailandia, las 16 personas que realizaron el protocolo cognitivo-conductual de 8 sesiones que estos autores adaptaron a un contexto de amenaza real obtuvieron en el postratamiento puntuaciones significativamente más pequeñas en el PSS-I que el grupo de 12 personas que conformaba la condición de control a las que se aplicó el tratamiento habitual, consistente, en este caso, en consejo ofrecido por psiquiatras no entrenados en terapia cognitivo-conductual (véase la tabla 8).

En el estudio de Difede, Malta, et al. (2007) con 31 trabajadores de emergencias y rescate que intervinieron en los atentados terroristas del 11-S en el World Trade Center, los 7 pacientes que completaron el tratamiento cognitivo-conductual de 12 sesiones adaptado al contexto específico, mostraron en el postratamiento y respecto al pretratamiento niveles significativamente más bajos de estrés postraumático, medidos tanto con la CAPS como con la Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático (PCL Weathers, Herman, Huska, y Keane, 1993) y estos niveles fueron, además, significativamente menores que los de las 14 personas que completaron el tratamiento habitual y que solo recibieron una devolución de información sobre la evaluación y la posibilidad de derivación. Sin embargo, en este estudio, cuando se realizaron los análisis de intención de tratar, es decir, cuando se tuvieron en cuenta no solamente a aquellas personas que habían completado el tratamiento sino también a las que lo habían abandonado prematuramente, aunque seguía habiendo diferencias pre-post significativas en la CAPS, las diferencias en sintomatología postraumática entre el

grupo de control y el grupo de tratamiento, medidas con la CAPS y la PCL, dejaron de ser significativas (véase la tabla 8).

En el estudio de Difede, Cukor, et al. (2007) con 21 intervinientes también del 11-S, los 10 pacientes del grupo de tratamiento que completaron la terapia cognitivo-conductual con exposición mediante realidad virtual de 14 sesiones mostraron en el postratamiento niveles significativamente más bajos que en el pretratamiento, medidos mediante la CAPS, mientras que el grupo de control no tuvo ese decremento. Además, los niveles en sintomatología postraumática del grupo de tratamiento fueron significativamente menores que los del grupo de espera, aunque los resultados de este estudio deben ser tomados con cautela por las limitaciones metodológicas anteriormente comentadas (véase la tabla 8).

Pero no solamente los cuatro estudios sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en víctimas del terrorismo mostraron efectos estadísticamente significativos, sino que también tuvieron efectos clínicos importantes. En estos estudios se obtuvieron, por ejemplo, tamaños del efecto intra grupos o inter grupos grandes, al menos, atendiendo a los estándares de Cohen, según los cuales una puntuación de 0,2 en su estadístico (*d* de Cohen) suponía un tamaño del efecto pequeño, a partir de 0,5, mediano y de 0,8, grande (Cohen, 1988). Por ejemplo, Duffy et al., (2007) encontraron que para la muestra de pacientes que habían completado el tratamiento (incluyendo a los pacientes del grupo de control), el tamaño del efecto intra grupos en sintomatología postraumática era de de 1,74 (PDS, en Duffy et al., 2007). En el estudio de Duffy et al. (2007) se hallaron también los tamaños del efecto pre-post en la muestra de intención de tratar y observaron que, incluso entonces, el tamaño de cambio era grande, en concreto, de 1,25 en la PDS.

Capítulo 2: El tratamiento del terror

Los tamaños del efecto inter grupos del estudio de Difede, Malta, et al. (2007) fueron de 1,37 según la CAPS y de 1,66 según la PCL, en el de Difede, Cukor, et al., (2007), 1,54 según la CAP. Aunque en Bryant et al., (2011) se utilizó el estadístico g de Hedges, el tamaño del efecto inter grupos encontrado fue de 0,96 en el PSS, lo cual reflejaba diferencias entre las medidas de una magnitud superior al valor considerado convencionalmente como un tamaño del efecto grande ($> 0,80$) (véase la tabla 8).

Además del tamaño del efecto, los estudios establecieron otras medidas de significación clínica. Por ejemplo, en Duffy et al. (2007), teniendo en cuenta los resultados conjuntos de pacientes del grupo de tratamiento y del grupo de control, y definiendo la mejoría clínicamente significativa como una reducción de al menos un 50% de la sintomatología de estrés postraumático evaluada con la PDS, se podría estimar que el 56,1% de los pacientes presentaban una mejoría clínicamente significativa tras dicha terapia (véase la tabla 8).

En Difede et al. (2007), cuando se consideró mejoría clínicamente significativa una reducción de 10 puntos en la CAPS, el 71,4% de los pacientes que completaron la terapia cognitivo-conductual mejoraron de forma clínicamente significativa frente a tan solo el 28,6% de los pacientes del grupo de control (véase la tabla 8). Incluso en el estudio de Difede, Cukor, et al. (2007), que tenía el mismo criterio de mejoría clínica, el 90% de los pacientes que completaron la terapia mejoraron de forma clínicamente significativa en el postratamiento y además, un 70% no cumplía ya criterios para el diagnóstico de TEPT (véase la tabla 8). Aunque las conclusiones sobre este estudio deben tomarse con cautela, dada la naturaleza cuasi-experimental de su diseño, sus resultados son ciertamente satisfactorios y ofrecen una alternativa terapéutica muy esperanzadora sobre todo para aquellos pacientes que tienen dificultades para implicarse emocionalmente en la exposición en imaginación y para los cuales, pues, este tipo de

exposición podría no ser eficaz. En este sentido, Difede, Cukor, et al. (2007) señalaban que 3 de los 5 pacientes que no habían conseguido mejorar previamente con terapia de exposición en imaginación, posiblemente por las dificultades en implicarse emocionalmente en la exposición, tras recibir la terapia cognitivo-conductual con exposición mediante realidad virtual mostraron una reducción de al menos 25% en su puntuación en el CAPS respecto a su puntuación pretratamiento, mientras que los 2 restantes pacientes habían mostraron una reducción de más del 50% (véase la tabla 8).

Por último, en el estudio de Bryant et al. (2011) se definió la mejoría en base no solo a la sintomatología postraumática, sino también a la depresiva y en concreto, por la presencia simultánea de una puntuación menor de 19 en la CAPS y menor de 10 en el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Teniendo en cuenta a todos los pacientes que iniciaron la terapia cognitivo-conductual o el tratamiento habitual (análisis de intención de tratar) se reveló que entre los primeros un 75% habían mejorado clínicamente, mientras que solo un 33% lo habían hecho entre los que recibieron el tratamiento habitual, una diferencia que fue estadísticamente significativa (véase la tabla 8).

En línea con lo anterior, una segunda conclusión que se puede extraer de la revisión de estudios de eficacia de los tratamientos a víctimas del terrorismo es que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma no solamente fue eficaz en la reducción de sintomatología postraumática, sino que también lo fue para otro tipo de problemas psicológicos, aunque con resultados menos contundentes en este otro campo. Así, en Duffy et al., (2007), tras las 12 semanas de tratamiento, no solo se encontraron diferencias significativas pre-post en sintomatología postraumática medida con la PDS, sino también en sintomatología depresiva medida con el Inventario de Depresión de Beck, versión corregida (BDI-IA; Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) y en las tres escalas

(SDS-W, relativa al trabajo, SDS-S, relativa a la vida y SDS-F, relativa a la familia) del Cuestionario de Discapacidad de Sheehan (SDS; Sheehan, 1983) y lo que es más importante, se encontraron diferencias también entre el grupo de tratamiento y el grupo de control en el postratamiento para todas estas medidas. Además, cuando se tenía en cuenta al grupo de todas las personas que habían completado el tratamiento (combinando a las personas de ambas condiciones experimentales) las diferencias entre el pretratamiento y el postratamiento seguían siendo significativas también para la sintomatología depresiva y de disfunción social y los tamaños del efecto para este mismo grupo fueron de 1,24 para la depresión según el BDI-IA y de 1,08, 1,36 y 0,96, para la escala SDS-W, SDS-S, SDS-F, respectivamente, todos ellos grandes, según los estándares de Cohen. Con la muestra de intención de tratar, los tamaños del efecto fueron de 1,05 (BDI-IA), 0,97 (SDS-W), 1,03 (SDS-S) y 0,70 (SDS-F), todos grandes, a excepción del último (véase la tabla 8).

Resultados similares se obtuvieron en el estudio de Bryant et al. (2011), donde además de encontrarse diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y el grupo de control en sintomatología postraumática medida con el PSS-I, también se hallaron diferencias significativas en sintomatología depresiva medida mediante BDI-II y en duelo complicado, según el Inventario de Duelo Complicado (ICG, Prigerson et al., 1995). Los tamaños del efecto entre grupos fueron también grandes para la depresión (de 0,81 en el BDI-II), pero no tanto para el duelo traumático (0,58 en el ICG) (véase la tabla 8).

Tabla 8. Resultados de los estudios sobre la eficacia de los tratamientos a víctimas del terrorismo

Referencia	Estado de los casos	Medidas	Resultados postratamiento	Significación Clínica	Análisis seguimientos
Estudios con diseño intergrupar y asignación aleatoria de los pacientes a los grupos de tratamiento (GT) y de control (GC)					
(Duffy et al., 2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Rechazan (el tratamiento o la aleatorización): 7 (10,8%) del grupo potencial (n=65) - Completan (≥ 6 sesiones o alta por mejora significativa): 20 (69%) del GT (n=29) (media=9,2 sesiones) y 45 (79%) del GT+GC (n=57) (media=9,2 sesiones) - Abandonan: 9 (31%) del GT (n=29) y 12 (21%) del GT+GC (n=57) - Completan algún seguimiento: 20 (100%) del GT (n=20) y 43 (96%) del GT+GC (n=45) 	<ul style="list-style-type: none"> - PDS - BDI-IA - SDS-W, SDS-S y SDS-F 	<ul style="list-style-type: none"> - A las 12 semanas, el GT mejora significativamente en todas las medidas de postratamiento (PDS, BDI-IA y SDS) y el GC en ninguna - Diferencias significativas entre grupos (análisis de completos e intención de tratar) en todas las medidas y favorable al GT - El grupo combinado (GT+GC) mejora significativamente en todas las medidas de postratamiento y existe una mejoría significativamente mayor cuando se añaden dos sesiones adicionales en algunos pacientes (47% del grupo GT+GC) 	<ul style="list-style-type: none"> - TE pre-post (GT) <ul style="list-style-type: none"> a) Grupo completo (n=45): 1,74 (PDS), 1,24 (BDI-IA), 1,08, (SDS-W), 1,36 (SDS-S), 0,96 (SDS-F) b) Intención de tratar (n = 57): 1,25 (PDS), 1,05 (BDI-IA), 0,97 (SDS-W), 1,03 (SDS-S) y 0,70 (SDS-F) - % de mejora en PDS tras TCC (intención de tratar): 86% mejoran (56,1% reducen sus síntomas al menos al 50%); 7% permanecen igual; 7% empeoran (38% lista de espera) 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimientos a 1,4 y 12 meses. - Las ganancias terapéuticas se mantienen (grupo combinado completo): a) No hay diferencias significativas en relación al postratamiento en PDS y BDI-IA b) Mejores resultados en algunas medidas de adaptación (trabajo y familia). - TE pre-seguimiento: 2,10 (PDS), 1,45 (BDI-IA), 1,44 (SDS-W), 1,46 (SDS-S) y 1,30 (SDS-F)

Referencia	Estado de los casos	Medidas	Resultados postratamiento	Significación Clínica	Análisis seguimientos
(Difede, Malta, et al., 2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Rechazan: 4 (11,%) del grupo potencial (n=35) - Completan: 7 (46,7%) del GT (n=15) (no consta número medio de sesiones) - Abandonan: 8 (53,3%) del GT (n=15) - Completan el seguimiento: 6 (85,7%) del GT (n=7) 	<ul style="list-style-type: none"> - CAPS - PCL - BDI - SCL-GSI - MAST (seguimiento) - SAS-R (seguimiento) 	<ul style="list-style-type: none"> - A las 12 semanas, el GT mejora significativamente en CAPS, PCL y SCL-GSI - Diferencias significativas entre grupos (análisis de completos) en CAPS y PCL y favorable al GT. Sin diferencias entre grupos en ninguna medida cuando se utiliza el análisis de intención de tratar (solo diferencias pre-post en el CAPS con la muestra de intención de tratar) 	<ul style="list-style-type: none"> - TE entre grupos: 1,37 (CAPS), 1,66 (PCL), 0,86 (BDI), 1,36 (GSI) - % mejoría clínica (reducción > 10 puntos en CAPS): 78,1% en el GT frente a 28,6% en GC (diferencia significativa) 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimientos a 3 meses. - Las ganancias terapéuticas se mantienen en PCL, BDI, GSI y MAST y SAS-R entre los que completaron el tratamiento del GT (n = 6), pero en el artículo no se presentaban resultados estadísticos claros
(Bryant et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Rechazan: 0 (0,%) del grupo potencial (n=28) - Completan: 16 (100%) del GT (n=16). (media=6,6 sesiones) - Abandonan: 0 (0%) del GT (n=16) - Completan el seguimiento: 16 	<ul style="list-style-type: none"> - PSS-I - BDI-II - ICG - CAPS (significación clínica) 	<ul style="list-style-type: none"> - A las 8 semanas, diferencias significativas entre los grupos (análisis de completos y de intención de tratar) en PSS-I, BDI-II e ICG y favorables al GT 	<ul style="list-style-type: none"> - TE entre grupos: 0,96 (PSS-I), 0,81 (BDI-II) y 0,58 (ICG)* - % mejoría clínica (puntuación < 19 en el CAPS y < 10 en el BDI-II): 75% en el GT frente a 33% en el GC (diferencia significativa) 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimientos a 3 meses. - Las ganancias terapéuticas se mantienen: Diferencias significativas entre los grupos en todas las medidas y

Referencia	Estado de los casos	Medidas	Resultados postratamiento	Significación Clínica	Análisis seguimientos
	(100%) del GT (n=16)				favorables al GT - TE pre-seguimiento (GT): 1,78 (PSS), 1,22 (BDI-II) y 1,41 (ICG)*. - TE entre grupos: 0,62 (PSS-I), 0,37 (BDI-II) y 0,38 (ICG)*.
(Schneier et al., 2012)	- Rechazan: 26 (41,3%) del grupo potencial (n=63) - Completan: 13 (68,4%) del GT (n=19) y 13 (72,2%) del GC (n=18) (no consta número medio de sesiones) - Abandonan: 6 (31,6%) del GT (n=19) y 5 (27,8%) (n=18) del GC - Completan sesiones adicionales: 11 (57,9%) del GT (n=19) y 11 (66,1%) del GC (n=18)	- CAPS - HDRS - Q-LES-Q - CGI-C	- A las 10 semanas tanto el GT como el GC mejoran significativamente en CAPS y HDRS - Diferencias significativas entre grupos (análisis de completos) en CAPS y Q-LES-Q, a favor del grupo combinado (Ratio de tasa de incidencia 0,50) pero no en HDRS.	- Respuesta al tratamiento (CGI-C= 1 o 2 “ha mejorado mucho/muchísimo”): mejora significativamente solo para e GT y es significativamente mayor en el GT (63,2%) que en el GC (38,9%) (Ods ratio=23,8%) (intención de tratar). - Remisión del TEPT (CAPS \leq 20 y CGI-C = 1 “ha mejorado muchísimo”) mejora significativamente para ambos grupos pero fue significativamente mayor en el GT (42,1%) que en GC (16,7%) (Ods ratio=12,6) (análisis de intención de tratar)	- Seguimientos a 3 meses (sesiones adicionales con paroxetina o placebo), no se encontraron diferencias en remisión (38% frente a 31%), CAPS, Q-LES-Q o HDRS

Referencia	Estado de los casos	Medidas	Resultados postratamiento	Significación Clínica	Análisis seguimientos
Estudios con diseño intergrupo y asignación no completamente aleatoria de los pacientes a los grupos de tratamiento (GT) y de control (GC)					
(Difede, Cukor, et al., 2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Rechazan: 0 (0,%) del grupo potencial (n=21) - Completan (al menos 6 sesiones): 10 (76,9%) del GT (n=13). (media=7,6 sesiones) - Abandonan: 3 (23,1%) del GT (n=13) - Completan el seguimiento: 9 (90%) del GT (n=10) 	<ul style="list-style-type: none"> - CAPS - PCL - BDI - BSI-GSI 	<ul style="list-style-type: none"> - A las 14 semanas, el GT mejora significativamente en el CAPS y el GC no. No mejora en el resto de medidas. - Diferencias significativas entre grupos (análisis de completos) en el CAPS y favorable al GT. No diferencias para el resto de medidas 	<ul style="list-style-type: none"> - TE entre grupos: 1,54 (CAPS). - % mejoría clínica (reducción > 10 puntos en CAPS): 90% (GT). El 70% no tenía ya criterios TEPT - 60% de los pacientes con fracaso terapéutico en el pasado mejoran al menos un 25%. El resto, más de un 50%. 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimientos a 6 meses. - Las ganancias terapéuticas se mantienen: Diferencias pre-seguimiento significativas para la CAPS (GT completo). Sin diferencias pre-seguimiento significativas para el BDI o el GSI (GT completo)

Nota. Trastornos psicológicos: TEPT = trastorno por estrés postraumático; Tratamientos psicológicos: TCC = tratamiento cognitivo conductual; Medidas: BDI, BDI-IA y BDI-II = primera edición (Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961), primera edición corregida (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) y segunda edición (Beck, Steer y Brown, 1996) del Inventario de Depresión de Beck. BSI-GSI = Índice de gravedad global del Brief Symptom Inventory (Derogatis y Spencer, 1982). CAPS = Clinician-Administered (Blake et al., 1995). HDRS = Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton (Hamilton, 1967). ICG = Inventario de Duelo Complicado (Prigerson et al., 1995). MAST = Michigan Alcohol Screening Test (Selzer, Vinokur, y van Rooijen, 1975). PCL = PTSD Checklist Weathers, Herman, Huska, y Keane, 1993. PDS = Post-trauma Diagnosis Scale (Foa et al., 1997). PSS-I = PTSD Symptom Scale-Interview (Foa et al., 1993). Q-LES-Q = Quality of Life Enjoyment y Satisfaction Questionnaire (Endicott, Nee, Harrison, y Blumenthal, 1993). SAS-R = Social Adjustment Scale Self-Report (Weissman y Bothwell, 1976). SDS-W, SDS-S y SDS-F: subescalas Laboral, Social y Familiar de la Sheehan Disability Scale Sheehan, 1983; Resultados: TE = tamaño del efecto. *En Bryant et al., (2011) se utiliza la g de Hedges para corregir los tamaños del efecto.

En el estudio de Difede, Malta, et al. (2007), sin embargo, tras las 12 semanas de tratamiento no se encontraron diferencias significativas en el Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961) ni el índice de gravedad global (GSI) del Cuestionario de 90 síntomas de Derogatis (SCL-90, Derogatis y Lazarus, 1994) entre las personas que completaron el tratamiento y el grupo de control, aunque en el GSI se dieron diferencias significativas pre-post y los tamaños del efecto entre grupos para los pacientes que completaron el proceso de investigación fueron de 0,86 en sintomatología depresiva según BDI y de 1,36 el GSI, tamaños, a pesar de todo, grandes según los criterios de Cohen (véase la tabla 8). En el estudio de Difede, Cukor, et al. (2007), tampoco se encontraron para las personas que habían completado el tratamiento, diferencias pre-post en las medidas de depresión, según el BDI, ni en el Inventario Breve de Síntomas (BSI; Derogatis y Spencer, 1982), quizás, como explicaban los autores, porque ambas medidas fueron pequeñas ya en el pretratamiento (véase la tabla 8).

En tercer y último lugar es importante remarcar que los cuatro estudios sobre terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma mostraron que este tipo de intervención también podía ser eficaz a largo plazo. Efectivamente, en Duffy et al. (2007) los cambios no solo se mantuvieron en los seguimientos realizados al mes, a los 4 meses y al año, sino que para algunas medidas, como por ejemplo, las escalas SDS-W, SDS-F de inadaptación en el trabajo y la familia, fueron mejores. De hecho, los tamaños del efecto pre-seguimiento fueron de 2,10 para el PDS, 1,45 para el BDI-IA y 1,44; 1,46 y 1,30 para las escalas SDS-W, SDS-S y SDS-F (véase la tabla 8).

En Bryant et al. (2011), a los 3 meses también se mantuvieron las ganancias terapéuticas, habiendo diferencias estadísticamente significativas en el grupo de terapia cognitivo-conductual y el grupo de terapia habitual en las medidas de sintomatología

postraumática (PSS), depresión (BDI-II) y duelo complicado (ICG). Además, en este seguimiento de 3 meses los tamaños del efecto intra grupos fueron grandes para el grupo de tratamiento (1,78 para el PSS; 1,22 para el BDI-II y 1,41 para el ICG) mientras que el tamaño del efecto inter grupos fue medio para la sintomatología postraumática (0,62 en PSS) pero pequeño para la sintomatología depresiva y de duelo (0,62 y 0,37 para el BDI-II y el ICG, respectivamente) (véase la tabla 8).

También en Difede, Malta, et al. (2007) en el seguimiento a los 3 meses las ganancias terapéuticas se mantenían bien entre los que completaron el tratamiento para la PCL, el BDI, el GSI e incluso en otras medidas de autoinforme como el Test de Discriminación del Alcoholismo de Michigan (MAST; Selzer et al., 1975) o la Escala de Adaptación Social (SAS-R Weissman y Bothwell, 1976). Sin embargo, en el estudio no se mostraron resultados estadísticos claros a este respecto (véase la tabla 8).

A los 6 meses, en el estudio de Difede, Cukor, et al. (2007), los beneficios terapéuticos también permanecieron, con una reducción media de aproximadamente 35 puntos en la CAPS del pretratamiento al seguimiento, reducción que fue estadísticamente significativa. Sin embargo, estas diferencias no fueron ya clínicamente significativas (una reducción de más de 10 puntos en la CAPS) y una vez más, los bajos niveles de puntuación en el BDI y el BSI-GSI no permitieron encontrar diferencias significativas entre el pretratamiento y el seguimiento a los 6 meses (véase la tabla 8).

Más allá de los resultados sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, la terapia de exposición prolongada combinada con paroxetina de Schneier et al. (2012) también mostró resultados favorables, ya que aparecía significativamente superior a la terapia de exposición con placebo. De las 37 víctimas directas e indirectas de los atentados del 11-S en Nueva York, tanto los 13 pacientes que completaron la condición experimental (paroxetina y 10 sesiones de exposición

prolongada), como los 13 que completaron la condición de control (placebo y 10 sesiones de exposición prolongada) obtuvieron resultados significativamente mejores que en el pretratamiento en sintomatología postraumática medida con la CAPS y depresiva medida con la Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton (HDRS; (Hamilton, 1967). Sin embargo, teniendo en cuenta solo a los que completaron el proceso de investigación, los resultados del grupo combinado (ISRS y exposición) fueron significativamente mejores que los del grupo de control en la CAPS e incluso también, en el Cuestionario de Calidad de Vida y Satisfacción de Endicott (Q-LES-Q; Endicott et al., 1993) aunque esto no ocurrió para la HDRS. Además, utilizando los análisis de intención de tratar, tras las 10 semanas de intervención, la respuesta al tratamiento, definida para este estudio como una puntuación en la Escala de Impresión Clínica Global del Cambio (CGI-C, Guy, 1976) de 1 o 2 (“ha mejorado mucho”/“ha mejorado muchísimo”) fue significativamente mayor para el grupo de tratamiento combinado (63,2%) que para el grupo de control (23,8%). Con esos mismos datos de intención de tratar, la remisión del TEPT en el postratamiento, definida por la presencia de una puntuación igual o menor de 20 en la CAPS y una puntuación igual a 1 (“ha mejorado muchísimo”) en la CGI-C, aunque fue significativa para ambos grupos, fue significativamente mayor en el grupo de tratamiento combinado con paroxetina que en el grupo de tratamiento combinado con placebo (42,1% frente a 16,7%, respectivamente), aunque dicha diferencia desapareció en el seguimiento a los 3 meses, tras finalizar el tratamiento de mantenimiento (38% frente a 31%, respectivamente), y, asimismo, en dicho seguimiento, desaparecieron las diferencias entre grupos en la CAPS y en la medida de calidad de vida (Q-LES-Q).

Teniendo en cuenta toda esta información, en la revisión anterior a la de García-Vera et al. (2015) se combinaron los resultados de los cuatro estudios sobre terapia

cognitivo-conductual centrada en el trauma y los resultados del estudio de Schneier et al. (2012) sobre la terapia de exposición prolongada para estimar el porcentaje de pacientes que en el postratamiento presentaban una mejoría clínica significativa y con ello, de alguna manera, el grado de eficacia de la terapia cognitivo-conductual en general para las víctimas del terrorismo, aunque con la limitación en mente de que las definiciones de mejoría clínicamente significativa no eran las mismas en cada estudio y de que los estudios solo mostraban estos porcentajes de mejoría respecto a la sintomatología postraumática y no para otro tipo de psicopatologías derivadas del acontecimiento traumático. Calculando la media de dichos porcentajes en cada estudio y ponderándola por el número de pacientes de cada uno de ellos estos autores estimaron que, tras recibir terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma o de exposición prolongada, casi el 51% de las víctimas de atentados terroristas que sufrían TEPT mejoraron, lo cual, a pesar de ser un resultado positivo, supone tan solo un poco más de la mitad de la muestra.

Además, una gran lacra de estos estudios tenía que ver con las altas tasas de abandono que casi todos ellos tenían y que, como hemos visto, podría afectar a los resultados de eficacia (por ejemplo, en la muestra de intención de tratar). Combinando de forma parecida los resultados de los cinco estudios de eficacia, García-Vera et al. (2015) estimaron que la tasa media de abandono terapéutico en las víctimas de atentados terroristas que sufrían TEPT y recibieron por ello terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma o de exposición prolongada, fue, aproximadamente, del 24%, aunque los resultados eran sumamente dispares y podían ir desde una tasa del 0% de abandono en el estudio de Bryant et al. (2011), hasta la tasa del 53,3% en Difede, Malta, et al. (2007). Independientemente de los motivos generales por los que los pacientes podrían abandonar cualquier tipo de tratamiento psicológico, en el caso de las

víctimas del terrorismo y de la terapia cognitivo-conductual para ellas, podrían existir factores adicionales que explicasen estas cifras. En primer término, es importante tener en cuenta que la propia sintomatología postraumática, según la cual es frecuente que los pacientes eviten cualquier tipo de contacto con estímulos y recuerdos relacionados con el trauma disminuiría, evidentemente, el grado de motivación de estas personas hacia una terapia que, además, está basada precisamente en la exposición a todas esas situaciones, pensamientos y emociones temidas. No obstante, en algunos de los estudios examinados (Difede, Cukor, et al., 2007) se observó que la tasa de abandonos era mayor en las sesiones previas a la exposición y no tanto en las sesiones dedicadas a la misma y algunos estudios sobre otras poblaciones que sufrían TEPT encontraron que la exposición al trauma no necesariamente conducía a una tasa de abandonos mayor (Hembree, Foa, et al., 2003). Por otra parte, el cambio en las creencias básicas sobre la seguridad en el mundo, en el futuro y en las otras personas, podría suponer que estos pacientes fueran especialmente desconfiados y reacios a la hora de solicitar o aceptar ayuda profesional o incluso, ayuda de cualquier tipo. Es preciso tener en cuenta, además, que algunos de estos estudios se llevaron a cabo con pacientes cuyos atentados habían sucedido un largo tiempo atrás e incluso, muchos de los pacientes ya habían tenido experiencias psicoterapéuticas negativas previamente, por lo que es posible que se hubieran resignado y conformado con estar como estaban. Por eso, la iniciativa de la alguna de las terapias examinadas hasta aquí partía directamente de los investigadores, de manera que habitualmente estos pacientes eran reclutados o referidos por terceras personas, con la falta de motivación intrínseca que todo ello podría suponer.

De hecho, no solamente las cifras de abandono del tratamiento fueron elevadas sino que las tasas de rechazo del mismo también lo fueron, con porcentajes de rechazo que podrían llegar incluso al 24,7% (Schneier et al., 2012) de la muestra de partida (la

muestra de pacientes que cumplían criterios de inclusión), aunque en algunos estudios, como el de Bryant et al. (2011), ningún paciente rechazó la terapia que se le ofrecía.

En otro orden de cosas, una segunda crítica que podría hacerse a los estudios de eficacia para las víctimas del terrorismo, que en realidad, es una crítica a los estudios de eficacia en general, tiene que ver con su escasa capacidad para generalizar sus resultados. Precisamente porque, por definición, los estudios de eficacia deben primar la validez interna a través del control experimental, la validez externa es muchas veces sacrificada y por tanto, no está claro que los efectos positivos que se encuentran en las condiciones experimentales ideales y controladas de los estudios de eficacia sean generalizables sin más a la práctica clínica habitual en la cual se interviene sobre una población mucho más heterogénea, que en parte tiene cierta capacidad para elegir el tipo de tratamiento que va a recibir y donde la aplicación de los tratamientos es flexible, autocorrectiva y está a cargo de profesionales clínicos que varían en mayor o menor medida en su grado de formación y experiencia clínica.

Sin embargo, en la práctica, las investigaciones no están tan circunscritas a una u otra categoría, sino que muchas veces, se mueven en un continuo donde la eficacia y la efectividad son tan solo los extremos. En este sentido, algunos autores, como por ejemplo, Stewart y Chambless (2009) han propuesto unos criterios y unas valoraciones numéricas para estimar el grado de representatividad clínica de un estudio dado (véase la tabla 9) lo cual permite cuantificar el grado en que un estudio en particular es un estudio de efectividad o utilidad clínica en una escala de 0 (poco representativo de las condiciones de la práctica clínica habitual) a 9 (muy representativo de las condiciones de la práctica clínica habitual). Según estos parámetros, García-Vera et al. (2015) puntuaron el grado de representatividad clínica de cada uno de los estudios de eficacia para víctimas del terrorismo, información que aparece recogida en esta revisión en la

tabla 7. Como se puede observar en ella la mayoría de puntuaciones de los cinco estudios de eficacia para víctimas del terrorismo se encuentran, lógicamente, por debajo de la puntuación media teórica de la escala (4,5) (Difede, Cukor, et al., 2007; Difede, Malta et al., 2007; Schneier et al., 2012) pero esto no ocurre en todos los casos, ya que en los estudios de Duffy et al. (2007) y de Bryant et al. (2011) la puntuación es de 5,5 y por tanto, superior a la media.

Además, en la misma revisión de García-Vera et al. (2015) se encontraron otros tres estudios, ya no sobre la eficacia, sino sobre la efectividad de los tratamientos cognitivo-conductuales para las víctimas del terrorismo (Brewin et al., 2008; García-Vera y Colino, 2004; Gillespie et al., 2002), algunos de los cuales, por cierto, utilizaron exactamente el mismo protocolo de tratamiento que en algunos de los estudios de eficacia, como es el caso de la terapia cognitivo-conductual basada en el modelo de Ehlers y Clark (2000) en los estudios de Duffy et al. (2007) y Gillespie et al. (2002). Estas investigaciones tenían diseños inter grupales pre-postratamiento y por tanto, eran menos robustos metodológicamente, pero a cambio, tenían una mayor capacidad para generalizar sus resultados ya que se llevaron a cabo en contextos clínicos más naturales.

De hecho, utilizando los mismos criterios de Stewart y Chambless, (2009), García-Vera et al. (2015) encontraron que todas las puntuaciones de representatividad clínica de estos estudios se encontraban por encima de la media teórica de 4,5 (7,5 Gillespie et al., 2002 y 8 Brewin et al., 2008; García-Vera y Colino, 2004),

Sin ahondar demasiado en las características de cada uno de estos trabajos, es importante subrayar que todos ellos examinaron los resultados de la administración de terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para el TEPT, aunque con muestras heterogéneas de víctimas directas o indirectas. Además, todos ellos se basaron en atentados masivos ocurridos en países desarrollados de occidente. En concreto, la

terapia cognitivo-conductual basada en el modelo de Ehlers y Clark (2000) de Gillespie et al. (2002) se llevó a cabo con una muestra de víctimas de un coche-bomba que explotó en Omagh (Irlanda del Norte) y en los dos estudios restantes (Brewin et al., 2008; García-Vera y Colino, 2004), aunque no se analizaron los resultados de terapias cognitivo-conductuales específicas, se aplicaron, con la mayoría de los pacientes, si no con todos, programas que incluían los componentes básicos de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, en el primer caso, con víctimas directas de las bombas que explotaron el 7 de julio de 2005 en Londres y en el segundo, tras los atentados del 11-M en Madrid.

Tal y como muestra la revisión de García-Vera et al. (2015), en general, los resultados de los tres estudios fueron positivos, con tasas de mejoría clínicamente significativas para el TEPT, según un análisis de intención de tratar, del 66,7% (García-Vera y Colino, 2004) 62,6% (Gillespie et al., 2002) y 61,3% (Brewin et al., 2008) tasas que, aun teniendo en cuenta la limitación que supone el hecho de que haya diferentes definiciones de mejoría en cada estudio, eran comparables, si no mejores, a las encontradas en los estudios sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para víctimas (tasa media de 62,2% frente a 50,9%). Igualmente, los resultados terapéuticos en términos de la magnitud de las diferencias pre-postratamiento en las medidas de sintomatología de estrés postraumático fueron, en general, similares a los encontrados en los estudios de eficacia y las tasas de abandono del tratamiento para los pacientes con TEPT fueron, como media, bastante menores en los estudios de efectividad que en los estudios de eficacia (5,9% frente a 23,5%), aunque en este caso la media de los estudios de efectividad se basaba en tan solo dos estudios con tasas de abandono muy dispares (22,2% y 4%), por lo que la comparación debería tomarse con cautela.

Tabla 9. Criterios de representatividad clínica (Stewart y Chambless, 2009, p. 606; adaptado de García-Vera y Sanz, en prensa)

Criterios	Definición y codificación
Contexto clínicamente representativo	1: Contexto donde los servicios clínicos se proporcionan habitualmente en contextos no universitarios (e. g., clínicas ambulatorias de salud mental, hospitales generales, práctica privada, prisiones) en los cuales el propósito primario es la atención clínica.
	½: Contexto de pacientes afiliado a un programa de investigación de la universidad, pero el propósito primario del contexto es la atención clínica
	0: Contexto universitario de investigación
Remitentes clínicamente representativos	1: Los clientes son remitidos inicialmente a través de las vías clínicas habituales (p. ej., remitidos por médicos)
	½: Los clientes son remitidos a través de las vías clínicas habituales (p. ej., remitidos por médicos) y del reclutamiento a través de anuncios
	0: Los clientes son remitidos por reclutamiento a través de anuncios
Terapeutas clínicamente representativos	1: Clínicos practicantes y experimentados con una carga regular de casos para los cuales la provisión de servicios es una parte sustancial de su trabajo. Se incluyen los terapeutas primarios en un contexto clínico (internos).
	0: Terapeutas de investigación.
Estructura clínicamente representativa	1: Tratamiento que o bien tiene una estructura utilizada en la práctica clínica o bien no está estructurado de una forma detallada y uniforme de acuerdo a un manual (p. ej., terapia cognitivo-conductual general)
	½: Tratamiento “basado en” o “inspirado por” un manual clínico, el cual puede utilizarse flexiblemente (p. ej., incluye procedimientos terapéuticos no incluidos en el manual, un número flexible de sesiones)
	0: Manualización estricta, o tratamiento dirigido por un manual (p. ej., con un número establecido de sesiones)
Monitorización clínicamente representativa	1: La implementación del tratamiento no fue monitorizada de ninguna manera que pudiera influir en el comportamiento del terapeuta (p. ej., sin supervisión y sin controles formales de adherencia).
	½: La única monitorización fue la realización de supervisiones o el uso de resúmenes que contienen información sobre los aspectos cubiertos en la sesión (sin que se utilicen controles formales de adherencia).
	0: Supervisión y controles de adherencia.

Criterios	Definición y codificación
Sin entrenamiento pretratamiento	<p>1: Los terapeutas no recibieron un entrenamiento especial inmediatamente antes del estudio en las técnicas específicas a utilizar. Los terapeutas pueden haber recibido entrenamiento en ese tratamiento en algún momento de su carrera, pero no para los propósitos del estudio en el cual participan.</p> <p>½: Solo los terapeutas novatos son entrenados, y éstos representan menos del 25% de los terapeutas.</p> <p>0: Entrenamiento pretratamiento; también se puntúa 0 cuando el porcentaje de los terapeutas novatos no se especifica.</p>
Sin aleatorización	<p>1: Los pacientes no eran parte de un ensayo aleatorizado, no cumplieron los criterios para un ensayo particular, o rehusaron la aleatorización</p> <p>0: Los pacientes fueron aleatorizados a los tratamientos.</p>
Pacientes clínicamente representativos	<p>1: Sin criterios de exclusión aparte de psicosis, riesgo de suicidio, trastorno cerebral orgánico o dependencia de sustancias si los pacientes cumplen los criterios para el trastorno bajo estudio.</p> <p>0: Criterios de exclusión distintos a los mencionados antes, incluyendo comorbilidad o medicación.</p>
Se permite la medicación	<p>1: Se permite la medicación. Si no hay mención específica en los criterios de exclusión, se asume que la medicación es permitida.</p> <p>0: Los pacientes que toman medicación son forzados a dejar la medicación o son excluidos del estudio.</p>

Por tanto, los resultados de la revisión sistemática de los tratamientos de eficacia y en última instancia, también de efectividad, para víctimas del terrorismo sugieren que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma no solo es eficaz sino también útil para el tratamiento de las víctimas del terrorismo que padecen TEPT agudo y crónico, incluso, años después de que estas personas hubieran sufrido sus atentados. Esta revisión también sugiere que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma sería eficaz para el tratamiento de otras patologías diferentes al TEPT, aunque con resultados menos contundentes. Por último, los resultados de estos estudios también servirían para corroborar que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma puede y debe

aplicarse a todo tipo de víctimas directas e indirectas de atentados terroristas, aunque en los estudios haya habido subgrupos de víctimas, como los familiares y allegados de heridos y fallecidos en atentados terroristas, que han sido sistemáticamente ignorados. Todo esto, por supuesto, teniendo en cuenta la limitación que supone que a día de hoy tan solo se hayan encontrado cinco estudios específicos sobre el tratamiento del trauma en víctimas del terrorismo.

Capítulo 3:

Resumen de la

parte teórica

En el año 2014 se produjeron en el mundo 13.463 atentados terroristas que provocaron más de 32.700 muertos, 34.700 heridos y 9.400 secuestrados [*National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START)*, 2015], unas cifras impactantes, que lo son mucho más si se tiene en cuenta que a esas víctimas directas habría que sumar aquellas otras llamadas “indirectas” bajo cuyo título se encontrarían familiares y allegados de las personas muertas o heridas en atentados terroristas, profesionales y voluntarios de emergencias, rescate y recuperación, residentes en áreas cercanas a los lugares de los atentados y por supuesto, la población general, que al fin y al cabo, es el objetivo último del terror.

El terrorismo es, por tanto, un grave problema mundial y España, con una cifra de 1.225 muertos a causa del terror (Fundación Víctimas del Terrorismo, 2014) y alrededor de 20.000 víctimas del terrorismo reconocidas por ley (Rodríguez Uribe, 2011), no es una excepción.

Sin embargo, los estudios sistematizados sobre las consecuencias psicopatológicas de esta lacra que es el terrorismo son relativamente recientes y están en su mayoría sesgados hacia los atentados terroristas masivos que se han producido en países desarrollados. A pesar de ello, actualmente existe un corpus de conocimiento empírico sólido sobre el tema que ha permitido, incluso, la realización de varias revisiones narrativas y metaanalíticas (p. ej., DiMaggio y Galea, 2006; Salguero et al., 2011).

En líneas generales, estas revisiones permiten sacar tres conclusiones. En primer lugar, que, aunque la mayoría de las personas que han sido víctimas de atentados terroristas no desarrollan trastornos psicológicos, existe un porcentaje significativo de personas afectadas por trastorno por estrés postraumático (TEPT) entre las víctimas tanto directas como indirectas, porcentaje que, por ejemplo, se estima entre el 13% y el

Capítulo 3: Resumen de la parte teórica

25% en las víctimas directas y entre el 5% y el 22% en la población general de la comunidad afectada (DiMaggio y Galea, 2006).

En segundo término, que, aunque el TEPT es el trastorno mental más frecuente entre las víctimas del terrorismo y, por tanto, el que más atención ha recibido por la comunidad científica, tras un atentado terrorista pueden aparecer de manera comórbida o no, una gran variedad de síntomas psicopatológicos y trastornos mentales diagnosticables, entre los que destacan el trastorno depresivo mayor, la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de angustia y los trastornos por dependencia de alcohol y otras sustancias (DiMaggio et al., 2009; Salguero et al., 2011).

Y en tercer y último lugar, que en muchos casos tales trastornos presentan un curso crónico (Morina et al., 2014), siendo la tasa de remisión espontánea de la sintomatología ansioso-depresiva especialmente baja en víctimas directas, pero también en algunas de las llamadas víctimas indirectas, fundamentalmente en familiares y allegados de heridos o fallecidos (véase la revisión de García-Vera y Sanz, 2010), a pesar de la paradoja que supone que estos últimos sean sistemáticamente olvidados en muchos de los estudios sobre las consecuencias psicopatológicas del terrorismo.

Por otro lado, aunque existe una abundante investigación empírica sobre la eficacia de los tratamientos para los trastornos psicológicos que pueden padecer las víctimas de muy diversos acontecimientos traumáticos, que ha derivado, además, en guías de buena práctica clínica, son pocos los estudios que se han ocupado de probar si las terapias empíricamente avaladas para el trauma en general funcionan también para las víctimas del terrorismo en particular, y menos aún los que lo han hecho bajo los estándares de control experimental que exigen los llamados estudios de eficacia.

Según la revisión sistemática llevada a cabo sobre el tema por García-Vera et al. (2015), y actualizada en el presente trabajo, existen tan solo cinco estudios empíricos que hayan examinado específicamente la eficacia de los tratamientos, en este caso, para

adultos, víctimas directas y/o indirectas de atentados terroristas, con algún trastorno psicológico diagnosticable asociado (TEPT con o sin comorbilidades) que, de manera coherente con la literatura científica sobre las consecuencias psicopatológicas del terrorismo, podía aparecer de manera cronificada, incluso durante años.

En concreto, estos cinco estudios analizaron la eficacia de dos tratamientos empíricamente avalados para el trauma en general: la exposición en vivo y en imaginación (basada en el protocolo de Foa y Rothbaum, 1998), en este caso, combinada con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina-ISRS (Schneier et al., 2012), y la más general terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, también basada en la exposición al evento traumático, pero en combinación fundamentalmente con técnicas de reestructuración cognitiva y, también en estos estudios, con otras técnicas para el control de la ansiedad (Bryant et al., 2011; Difede, Cukor, et al., 2007; Difede, Malta, et al., 2007), con procedimientos de realidad virtual (Difede, Cukor, et al., 2007) y con técnicas empíricamente avaladas para otros trastornos, como la planificación de actividades agradables o la activación conductual para la depresión (Difede, Cukor, et al., 2007; Duffy et al., 2007).

A pesar de las diferencias entre estos estudios, el conjunto de los resultados sugiere, en primer lugar, que al igual que ocurría para el tratamiento del TEPT en general, la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz para el tratamiento de víctimas del terrorismo con TEPT agudo y crónico. En los cuatro estudios que la analizaron se dieron diferencias estadísticamente significativas en el postratamiento entre el grupo experimental (tratamiento) y el grupo de control (lista de espera o tratamiento habitual), siempre a favor del primero, aunque teniendo en cuenta el análisis de intención de tratar (que incluye a los pacientes que rechazan o abandonan el tratamiento), en uno de los cuatro estudios (Difede, Malta, et al., 2007) estas diferencias dejaron de ser significativas. La terapia de exposición al trauma combinada

Capítulo 3: Resumen de la parte teórica

con paroxetina de Schneier et al. (2012) también se mostró significativamente superior a la terapia de exposición con placebo, aunque las diferencias también dejaron de ser significativas en el seguimiento a 3 meses y cuando se realizó el análisis estadístico más exigente de intención de tratar.

Por tanto, los resultados de la revisión sistemática de los tratamientos de eficacia para víctimas del terrorismo llevada a cabo por García-Vera et al. (2015) no solo muestran evidencia (aunque limitada) de que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz para el tratamiento de las víctimas del terrorismo que sufren TEPT agudo y crónico, sino que sería también la alternativa terapéutica de elección, al menos hasta que no se publiquen más estudios y con resultados más favorables sobre la eficacia de la terapia de exposición, otras terapias bien establecidas para el trauma en general (EMDR y en segundo término, entrenamiento en inoculación de estrés) u otras terapias psicológicas o psicofarmacológicas que no solo nunca han sido puestas a prueba con víctimas de terrorismo, sino que carecen del adecuado apoyo empírico en cuanto a su eficacia para tratar el TEPT producido por otras situaciones traumáticas (p. ej. ACPMH, 2013; NICE, 2005).

Sin embargo, aunque la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma haya sido avalada en la revisión anterior para el tratamiento general del TEPT y haya mostrado también efectos positivos para las víctimas del terrorismo, esto no es concluyente, y no lo es por varias razones. En primer lugar, porque cuatro continúa siendo un número muy pequeño de estudios como para sacar conclusiones contundentes sobre el tema. Además, a pesar de que estos estudios mostraron una significación estadística adecuada, solo sugirieron una significación clínica modesta, así como una alta tasa de rechazos y abandonos que podrían estar limitando la evidencia sobre esta terapia. De esta manera, aunque los tamaños del efecto intergrupos e intragrupos para las medidas de estrés postraumático fueron altos según los estándares de Cohen, el

porcentaje medio de pacientes mejorados de todos los estudios (incluyendo el de terapia de exposición de Schneier et al., 2012) fue tan solo de un 51%, es decir, de poco más que la mitad de la muestra (García-Vera et al., 2015). Por otro lado, las tasas de rechazo del tratamiento llegaron a ser de hasta el 24,7% (Schneier et al., 2012) y el porcentaje medio de abandono ponderado, fue también del 24% aproximado (García-Vera et al., 2015), lo cual podría explicar en parte el resultado negativo de algunos estudios en los análisis de intención de tratar (Difede et al., 2007; Schneier et al., 2012)

En segundo lugar, porque el estudio sobre el tratamiento a víctimas del terrorismo continúa estando, tanto en la selección de la población a tratar, como en el diseño de los tratamientos y el análisis de sus resultados, demasiado focalizado en el TEPT, cuando la comorbilidad con otras patologías o incluso, éstas a solas, forman una parte fundamental de la “radiografía del trauma”, sobre todo, para algunas de las llamadas “víctimas indirectas”, para las que otros trastornos, como la depresión, por ejemplo, son especialmente prominentes (García-Vera y Sanz, 2010). En los estudios de eficacia sobre el tratamiento a víctimas del terrorismo examinados para este trabajo, el análisis de alguna de las comorbilidades más frecuentes, como por ejemplo, otros trastornos de ansiedad, es inexistente y el análisis de otras, como la comorbilidad entre TEPT y depresión es siempre secundario y revelaba resultados menos contundentes que en el TEPT. Solamente en los estudios de Bryant et al., (2011) y Duffy et al., (2007) el grupo de tratamiento tuvo resultados significativamente mejores que el grupo de control en sintomatología depresiva medida en el postratamiento, lo cual, tampoco aclara cuál es la mejor estrategia de intervención en caso de comorbilidad TEPT-depresión, ya que el primero, en consonancia con las recomendaciones de las guías de práctica clínica (ACPMH, 2013, NICE, 2005; VA/DoD, 2010), no contemplaba ningún tipo de técnica específica para la depresión y el segundo sí lo hacía, añadiendo activación conductual antes de la exposición.

Capítulo 3: Resumen de la parte teórica

Por último, los resultados sobre la TCC centrada en el trauma para víctimas del terrorismo no son concluyentes, porque aunque los estudios de eficacia examinados se preocupan por el tratamiento de víctimas con patología cronicada, incluso durante años (5,2 años de mediana como máximo en el estudio de Duffy et al., 2007), ninguno de ellos incluye población de víctimas cuyos atentados hayan sucedido con una media de de 20 o 30 años antes, como así sucede en países que, como España, tienen una larga trayectoria terrorista. Aunque la categoría de TEPT crónico ya no se contempla en el DSM-5 y las guías de tratamiento para el TEPT postulan que la TCC centrada en el trauma no debería verse afectada por esta cronicidad, la presencia de otros trastornos comórbidos, de conductas de riesgo, de problemas de relación con los otros y en general, de mayor disfuncionalidad en la vida que frecuentemente conlleva el trastorno crónico, máxime, cuando se habla a 20 años vista, podrían requerir, de protocolos de tratamiento más largos, como dicen las guías de buena práctica clínica (p. ej. ACPMH, 2013; NICE, 2005), de algún tipo de adaptación en las técnicas clásicas de exposición y reestructuración cognitiva o de la adición de estrategias específicas para la motivación y estabilización de los pacientes, según proponen algunas intervenciones específicas para este tipo de población, o incluso, de la consideración de otras técnicas, como las de regulación emocional, propuestas por algunas de las llamadas terapias de tercera generación.

En este siglo XXI, en el que el terrorismo supone una amenaza global y en el que, consecuentemente, las víctimas del terrorismo se han acabado reconociendo como víctimas de delitos contra los derechos humanos, la mejora de los tratamientos específicos, que es un imperativo legal, debería ser una absoluta prioridad e, incluso, en último término, una cuestión de Estado.

PARTE EMPÍRICA

Capítulo 4:

Objetivos e

hipótesis

4.1 Objetivos

Con el fin de engrosar el conocimiento existente sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para víctimas del terrorismo y contribuir así a la mejora asistencial de las víctimas, tal y como se especifica en la Ley 29/2011, en esta tesis se presenta un ensayo clínico aleatorizado (un estudio de eficacia) sobre un protocolo de tratamiento psicológico específicamente aplicado a las víctimas del terrorismo. Con el objetivo adicional de mejorar en algunos aspectos la investigación precedente, en este trabajo el tratamiento examinado se aplicó a la reducción no solo del TEPT, sino también del TDM y otros trastornos de ansiedad, en víctimas no solo directas sino también indirectas y en relación a atentados terroristas que ocurrieron no solo hacía años, sino hacía muchos años.

En base a la evidencia empírica disponible, el modelo de terapia escogido fue la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma y en concreto, uno de sus protocolos mejor establecidos, el de exposición prolongada de Foa y Rothbaum, (1998). Sin embargo, puesto que era un objetivo adicional el trascender al TEPT y tratar también de reducir la patología ansiosa y depresiva asociada tan frecuentemente al trauma (especialmente, en algunos tipos de víctimas indirectas, como los familiares y amigos de heridos y fallecidos), el protocolo original de exposición se complementó con técnicas añadidas para el manejo de la sintomatología depresiva y ansiosa, así como un mayor énfasis en la reestructuración cognitiva de las creencias disfuncionales asociadas al trauma y a esa sintomatología. Además, con el fin de reducir las tasas de abandono y mejorar la significación clínica del tratamiento original, especialmente en estas víctimas cuya patología se había cronificado durante tanto tiempo, se introdujeron estrategias específicas de motivación, de regulación de las emociones y de reconstrucción de la

Capítulo 4: Objetivos e hipótesis

historia de vida más allá del trauma (técnicas narrativas), todo lo cual se explicará en apartados subsiguientes.

Por lo tanto, el objetivo general de este trabajo es examinar la eficacia de un protocolo de terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma pero adaptado a las características concretas de una población de víctimas directas e indirectas del terrorismo que tenían a muy largo plazo TEPT, trastornos depresivos u otros trastornos de ansiedad.

Por supuesto, al tratarse de un ensayo clínico aleatorizado, la eficacia de este protocolo de tratamiento adaptado se consideró no solo a través de la mejoría de los pacientes del pretratamiento al postratamiento, sino a través de la comparación de un grupo experimental (terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma) con un grupo de control (en este caso, lista de espera) y en torno a tres índices: patológico y sintomatológico, pero también de significación clínica. Esta última se analizó respecto a los niveles de sintomatología y en concreto, en función de tres indicadores: tamaño del efecto (intergrupos e intragrupos), porcentaje de personas por debajo de un punto de corte (o puntuación C) y porcentaje de personas mejoradas tras el tratamiento.

Por otro lado, los resultados se examinaron tanto de manera inmediata (en el postratamiento) como a largo plazo (en un seguimiento a los 6 meses). Además, intentando que el análisis de los resultados fuera lo más estricto posible, se examinó la eficacia del tratamiento no solo para la muestra de personas que lo habían completado (análisis de completos), sino teniendo en cuenta, también, a las personas que iniciaron pero abandonaron la terapia (análisis de intención de tratar). En este estudio, además, se tuvo en cuenta el análisis de todas las personas que habían completado el tratamiento, independientemente de que pertenecieran al grupo experimental o al grupo de control (análisis de todos los completos) y por supuesto, se analizó la posible interacción de la terapia farmacológica adicional (análisis de la terapia combinada).

A tenor de todo ello, los objetivos específicos de este trabajo podrían formularse como sigue:

1. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz en la reducción del TEPT, el TDM y otros trastornos de ansiedad a corto plazo para las personas que completan el tratamiento:
 - a. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz en la reducción de TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad, en función de la comparación pre-postratamiento
 - b. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es más eficaz en la reducción de TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad que el grupo de control (lista de espera) en el postratamiento.
2. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz en la reducción de los niveles de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa a corto plazo para las personas que completan el tratamiento:
 - a. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz en la reducción de los niveles de sintomatología postraumática, ansiosa y depresiva, en función de la comparación pre-postratamiento
 - b. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es más eficaz en la reducción de los niveles de sintomatología postraumática, ansiosa y depresiva que el grupo de control (lista de espera) en el postratamiento.
3. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es clínicamente significativa a corto plazo para las personas que completan el tratamiento:

Capítulo 4: Objetivos e hipótesis

- a. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma da lugar a tamaños del efecto grandes, porcentajes altos de personas con sintomatología por debajo de la puntuación C y porcentajes grandes de personas mejoradas tras el tratamiento.
 - b. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma produce mejores tamaños del efecto, mayores porcentajes de personas con sintomatología por debajo de la puntuación C y mayores porcentajes de personas mejoradas tras el tratamiento que el grupo de control (lista de espera) en el postratamiento.
4. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz a largo plazo (a los 6 meses de seguimiento) para las personas que completan el tratamiento:
 - a. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz en la reducción de TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad en función de la comparación pre-seguimiento
 - b. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz en la reducción de los niveles de sintomatología postraumática, ansiosa y depresiva en función de la comparación pre-seguimiento
 - c. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma da lugar a tamaños del efecto grandes, porcentajes altos de personas con sintomatología por debajo de la puntuación C y porcentajes elevados de personas mejoradas tras el seguimiento.
5. Examinar si la terapia cognitivo-conductual también es eficaz a corto y largo plazo en los análisis de intención de tratar:
 - a. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz en la reducción de TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad,

en función de la comparación pre-post utilizando la muestra de intención de tratar

- b. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es más eficaz en la reducción de TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad que el grupo de control (lista de espera) utilizando la muestra de intención de tratar en el postratamiento
- c. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz en la reducción de los niveles de sintomatología postraumática, ansiosa y depresiva en función de la comparación pre-postratamiento utilizando la muestra de intención de tratar
- d. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es más eficaz en la reducción de los niveles de sintomatología postraumática, ansiosa y depresiva que el grupo de control (lista de espera) utilizando la muestra de intención de tratar en el postratamiento
- e. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma da lugar a tamaños del efecto grandes, porcentajes altos de personas con sintomatología por debajo de la puntuación C y porcentajes elevados de personas mejoradas tras el tratamiento utilizando la muestra de intención de tratar.
- f. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma produce mejores tamaños del efecto, mayores porcentajes de personas con sintomatología por debajo de la puntuación C y mayores porcentajes de personas mejoradas tras el tratamiento que el grupo de control (lista de espera) utilizando la muestra de intención de tratar en el postratamiento

- g. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz en la reducción de TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad en función de la comparación pre-seguimiento utilizando la muestra de intención de tratar
 - h. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz en la reducción de los niveles de sintomatología postraumática, ansiosa y depresiva en función de la comparación pre-seguimiento utilizando la muestra de intención de tratar
 - i. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma da lugar a tamaños del efecto grandes, porcentajes altos de personas con sintomatología por debajo de la puntuación C y porcentajes elevados de personas mejoradas tras el seguimiento utilizando la muestra de intención de tratar
- 6. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz a corto y largo plazo cuando se consideran todas las personas que completaron el tratamiento (incluidos los del grupo de control o lista de espera):
 - a. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz en la reducción de TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad en función de la comparación pre-post y pre-segui en la muestra de todos los completos
 - b. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz en la reducción de los niveles de sintomatología postraumática, ansiosa y depresiva en función de la comparación pre-post y pre-segui en la muestra de todos los completos
 - c. Examinar si la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma da lugar a tamaños del efecto grandes, porcentajes altos de personas con

sintomatología por debajo de la puntuación C y porcentajes elevados de personas mejoradas tras el postratamiento y el seguimiento en la muestra de todos los completos.

7. Examinar si los efectos de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma son mejores a corto y largo plazo para los pacientes que recibían, además, terapia psicofarmacológica (terapia combinada).
 - a. Examinar si la terapia combinada (terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma y psicofármacos) es más eficaz en la reducción de TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad que la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma aislada en el postratamiento y seguimiento.
 - b. Examinar si la terapia combinada (terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma y psicofármacos) es más eficaz en la reducción de los niveles de sintomatología postraumática, ansiosa y depresiva que la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma aislada en el postratamiento y seguimiento.
 - c. Examinar si la terapia combinada (terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma y psicofármacos) produce mejores tamaños del efecto, mayores porcentajes de personas con sintomatología por debajo de la puntuación C y mayores porcentajes de personas mejoradas tras el tratamiento que la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma aislada en el postratamiento y seguimiento.

4.2 Hipótesis

En vista de la literatura científica revisada en los capítulos previos y en función de los objetivos generales y específicos descritos en la sección anterior, en el presente estudio empírico se plantearon y se pusieron a prueba las siguientes hipótesis:

- 1) La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz en la reducción del TEPT, el TDM y otros trastornos de ansiedad a corto plazo:
 - a. El porcentaje de diagnósticos de TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad del grupo experimental (terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma) en el postratamiento será significativamente menor que en el pretratamiento, tanto en la muestra de personas que completan el tratamiento, como en la muestra de intención de tratar.
 - b. El porcentaje de diagnósticos de TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad en el postratamiento será significativamente menor para el grupo experimental (terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma) que para el grupo de control (lista de espera), tanto en la muestra de personas que completan el tratamiento, como en la muestra de intención de tratar.
 - c. El porcentaje de diagnósticos de TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad del grupo de todas las personas que completan el tratamiento (experimental y control) en el postratamiento será significativamente menor que en el pretratamiento
- 2) La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz en la reducción de los niveles de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa a corto plazo:

- a. El nivel medio de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa del grupo experimental (terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma) en el postratamiento será significativamente menor que en el pretratamiento tanto en la muestra de personas que completan el tratamiento, como en la muestra de intención de tratar.
 - b. El nivel medio de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa en el postratamiento será significativamente menor para el grupo experimental (terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma) que para el grupo de control (lista de espera), tanto en la muestra de personas que completan el tratamiento, como en la muestra de intención de tratar.
 - c. El nivel medio de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa del grupo de todas las personas que completan el tratamiento (experimental y control) en el postratamiento será significativamente menor que en el pretratamiento.
- 3) La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es clínicamente significativa a corto plazo:
- a. Los tamaños del efecto, los porcentajes de personas con sintomatología por debajo de la puntuación C y los porcentajes de personas mejoradas serán elevados tras el tratamiento, tanto en la muestra de personas que completan el tratamiento, como en la muestra de intención de tratar.
 - b. Los tamaños del efecto, los porcentajes de personas con sintomatología por debajo de la puntuación C y los porcentajes de personas mejoradas en el postratamiento serán significativamente mayores para el grupo experimental (terapia cognitivo-conductual

centrada en el trauma) que para el grupo de control, tanto en la muestra de personas que completan el tratamiento, como en la muestra de intención de tratar.

- c. Los tamaños del efecto, los porcentajes de personas con sintomatología por debajo de la puntuación C y los porcentajes de personas mejoradas del grupo de todas las personas que completan el tratamiento (experimental y control) serán elevados tras el tratamiento.

- 4) La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz a largo plazo (a los 6 meses de seguimiento)

- a. El porcentaje de diagnósticos de TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad del grupo experimental (terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma) en el seguimiento será significativamente menor que en el pretratamiento, tanto en la muestra de personas que completan el tratamiento, como en la muestra de intención de tratar.
- b. El porcentaje de diagnósticos de TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad del grupo de todas las personas que completan el tratamiento (experimental y control) en el seguimiento será significativamente menor que en el pretratamiento
- c. El nivel medio de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa del grupo experimental (terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma) en el seguimiento será significativamente menor que en el pretratamiento tanto en la muestra de personas que completan el tratamiento, como en la muestra de intención de tratar.
- d. El nivel medio de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa del grupo de todas las personas que completan el tratamiento

(experimental y control) en el seguimiento será significativamente menor que en el pretratamiento.

- e. Los tamaños del efecto, los porcentajes de personas con sintomatología por debajo de la puntuación C y los porcentajes de personas mejoradas serán elevados tras el seguimiento, tanto en la muestra de personas que completan el tratamiento, como en la muestra de intención de tratar.
 - f. Los tamaños del efecto, los porcentajes de personas con sintomatología por debajo de la puntuación C y los porcentajes de personas mejoradas del grupo de todas las personas que completan el tratamiento (experimental y control) serán elevados tras el seguimiento.
- 5) La terapia combinada (terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma y psicofármacos) no es más eficaz que la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma aislada, ni a corto ni a largo plazo.
- a. El porcentaje de diagnósticos de TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad del grupo combinado (terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma y psicofármacos) no será significativamente menor que el del grupo aislado (terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma), ni a corto ni a largo plazo.
 - b. El nivel medio de sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa del grupo combinado (terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma y psicofármacos) no será significativamente menor que el del grupo aislado (terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma), ni a corto ni a largo plazo.

Capítulo 4: Objetivos e hipótesis

- c. Los tamaños del efecto, los porcentajes de personas con sintomatología por debajo de la puntuación C y los porcentajes de personas mejoradas en el postratamiento no serán significativamente mayores que los del grupo aislado (terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma), ni a corto ni a largo plazo.

Capítulo 5:

Método

5.1 Participantes

El presente estudio forma parte de un proyecto de investigación más amplio que se realizó en colaboración con la Asociación de Víctimas del Terrorismo (AVT) desde enero de 2011 hasta diciembre de 2014 y que se compuso de dos fases: una inicial, de seguimiento, que incluía a su vez, la realización de una entrevista telefónica de cribado (*screening*) y de una entrevista diagnóstica presencial (véase la figura 2), y una posterior, de tratamiento, consistente en la administración de terapia psicológica a las víctimas con psicopatología postraumática y/o ansioso-depresiva (véase la figura 3).

Desde marzo de 2012, momento en que comenzó a realizarse esta segunda fase sobre la eficacia de los tratamientos, se intentó contactar con una muestra inicial de 1.339 víctimas que en ese momento estaban asociadas a la AVT (y por tanto, víctimas directas o familiares o allegados de heridos o fallecidos en atentados terroristas), que figuraban en los archivos de la asociación como residentes en la Comunidad de Madrid (comunidad autónoma en la que se centra el presente estudio), mayores de 18 años y que no hubieran sido ni estuvieran siendo tratados directamente por los trabajadores de la AVT, todo lo cual supuso los primeros criterios de inclusión de este estudio. Tras contactar con 1.066 víctimas de forma directa o indirecta (a través de un familiar) y realizar, a los que fue posible localizar o que voluntariamente aceptaron participar, una entrevista telefónica de cribado y, cuando fue posible, una entrevista diagnóstica presencial (véase la figura 2), 175 víctimas recibieron un diagnóstico de TEPT, de trastorno de ansiedad y/o de trastorno depresivo según los criterios del DSM-IV (APA, 2000), lo cual supuso el segundo criterio de inclusión del estudio. No obstante, a 21 de los casos diagnosticados se les propuso realizar una segunda entrevista presencial debido a que, por diferentes motivos (p. ej., falta de disponibilidad por parte del

participante) el inicio del tratamiento se había demorado en el tiempo y la evaluación diagnóstica podría haber variado. De ellos, tan solo 14 realizaron la evaluación y fueron nuevamente diagnosticados. Por otro lado, desde enero de 2013, cinco asociados de diferentes provincias de las comunidades de Castilla La Mancha y Castilla-León, adyacentes a la de Madrid (y por tanto, con posibilidad de desplazamiento), solicitaron atención psicológica y fueron incluidos en el proceso de investigación. Por tanto, la muestra final de participantes diagnosticados fue de 173 (véase la figura 2).

Cincuenta y tres de las 173 víctimas diagnosticadas no fueron tenidas en cuenta para el presente estudio por cumplir con alguno de estos seis criterios de exclusión (véase la figura 2):

- 1) Tener únicamente patología no relacionada con la vivencia del atentado (p. ej. trastornos adaptativos relacionados claramente con otros eventos estresantes, fobia específica o fobia social pre traumáticas, etc.) ($n = 36$);
- 2) Demandar tratamiento de manera urgente, en cuyo caso los pacientes eran derivados y tratados directamente por el personal de la AVT ($n = 6$);
- 3) Rechazar directamente la realización de tratamiento durante el transcurso de la evaluación o previamente a la aleatorización y devolución de información ($n = 4$);
- 4) Sufrir una patología o tener una condición que imposibilitara el tratamiento o estuviera claramente contraindicada, entre las que figuran las siguientes: trastorno orgánico cerebral, retraso mental, deterioro cognitivo o sensorial (auditivo) grave, autismo u otro trastorno del desarrollo, trastorno mental debido a los efectos directos de alguna sustancia (droga o fármaco) o de una enfermedad médica, síndrome de abstinencia, abuso o dependencia de sustancias en el último año, esquizofrenia, otro trastorno psicótico o trastorno bipolar en fase activa, patología comórbida de tratamiento urgente (p. ej., trastorno de

alimentación con riesgo para la salud física), que no estuviera siendo ya atendida, riesgo grave de suicidio y presencia de amnesia disociativa grave ($n = 3$);

- 5) Estar siguiendo en el momento de evaluación una terapia psicológica centrada en el trauma; ($n = 2$);
- 6) No vivir en Madrid, a pesar de figurar como residente en los archivos de la asociación ($n = 2$)

Las 120 víctimas restantes fueron asignadas aleatoriamente al grupo experimental de tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma ($n = 60$) o al grupo de control de lista de espera ($n = 60$) (véase la figura 2).

La edad de estas 120 víctimas oscilaba entre 27 y 81 años (media = 50,47; DT = 11,829), el 67,5% eran mujeres, más de la mitad estaban casados/as o convivían con una pareja estable (63,3%), más de la mitad (56,7%) no tenían estudios superiores (entendiendo por éstos la formación profesional de ciclo superior, diplomatura, licenciatura, grado, máster y doctorado) y la mayoría (54,2%) no trabajaban en el momento de la entrevista presencial, con un 20,8% de parados, un 16,7% de amos/as de casa y un 8,3% de jubilados por enfermedad, entre los grupos más numerosos (véase la tabla 10).

En cuanto a su vinculación con el atentado, un 46,7% de los participantes eran víctimas directas, había un 41,7% del total de víctimas que eran familiares de personas fallecidas y un 13,3% que eran familiares de personas heridas, aunque en algunos casos los pacientes podían pertenecer a varias de estas categorías a la vez (véase la tabla 10).

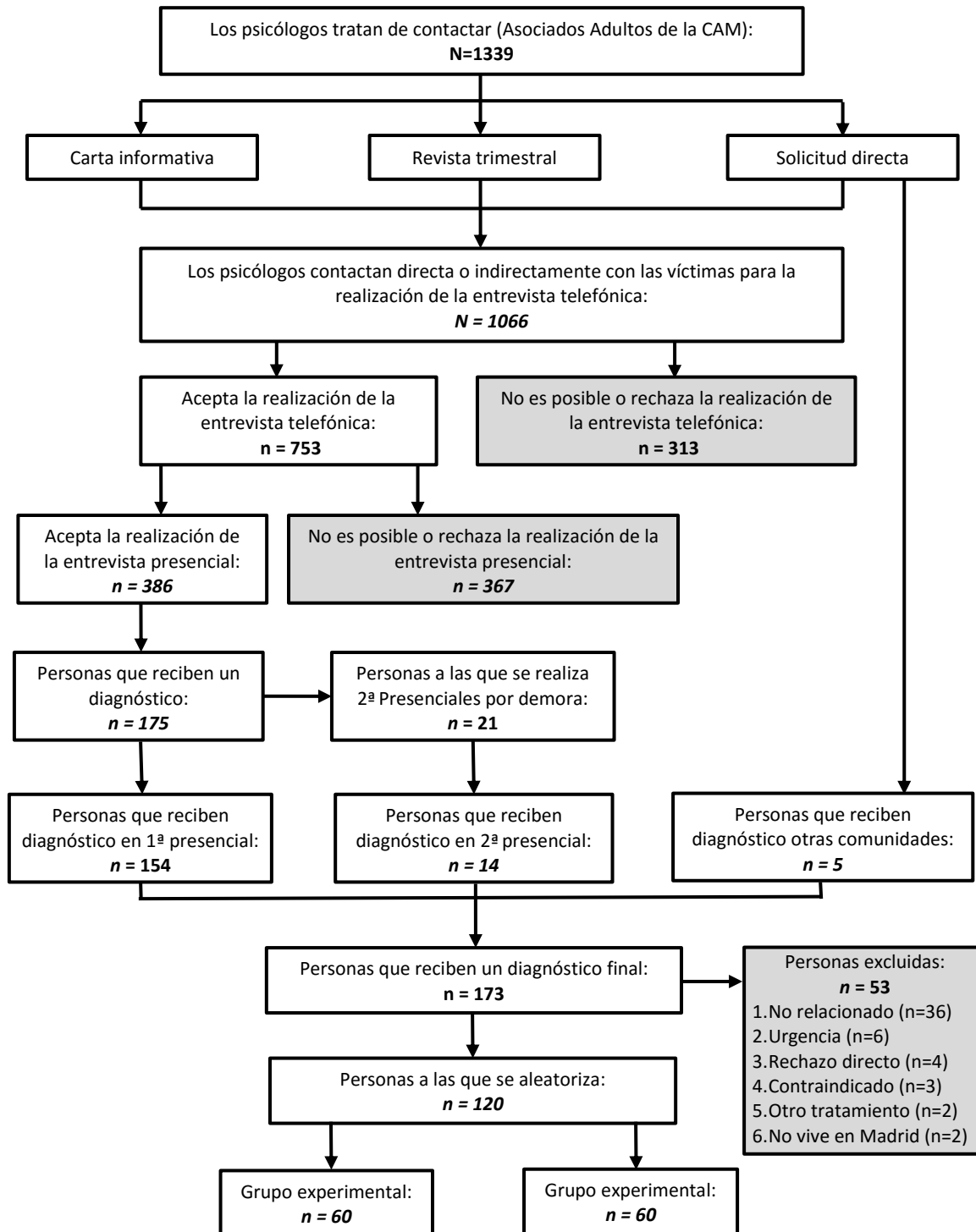


Figura 2. Diagrama del flujo de participantes y procedimiento de la primera fase de este estudio

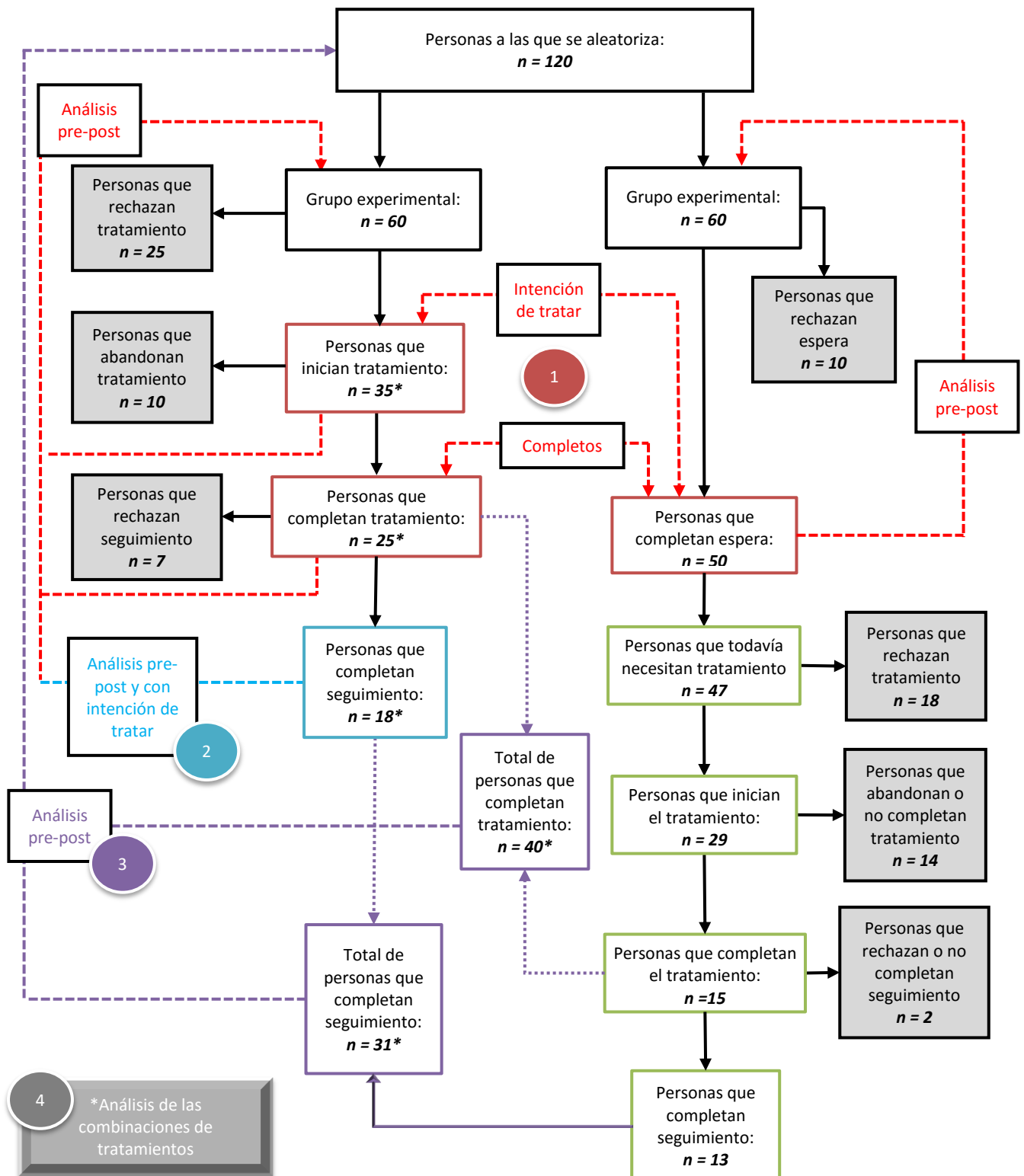


Figura 3. Diagrama del flujo de participantes, procedimiento de la segunda fase de este estudio y esquema de los análisis estadísticos realizados

Tabla 10. Caracterización sociodemográfica de la muestra

Características ($n = 120$)	
Media de edad (desviación típica)	50,47 (11,83)
Mujeres	67,5
Casados o conviviendo de manera estable con una pareja	63,3
Sin estudios superiores	56,7
Sin trabajo	54,2
Parados	20,8
Amos de casa	16,7
Jubilados por enfermedad	8,3
Jubilados por la edad	4,2
Prejubilados	4,2
Tipo de víctimas	
Víctimas directas	46,7
Familiares de fallecidos	41,7
Familiar de heridos	13,3
Grupos Terroristas	
Al Qaeda	47,5
ETA	41,7
Otros	10,8
Media de años transcurridos desde el atentado (desviación típica)	18,43 (11,22)
Ayuda profesional relacionada con atentado	
Ayuda psicológica relacionada con atentado	60
Ayuda psicofarmacológica relacionada con el atentado	60,8
Ansiolíticos	28,3
Antidepresivos	3,3
Combinación	24,2
Ayuda psicológica y psicofarmacológica relacionada con el atentado	48,3
Ayuda profesional otros problemas	
Ayuda psicológica otros problemas	15
Ayuda psicofarmacológica otros problemas	20,8
Ansiolíticos	6,7
Antidepresivos	4,2
Combinación	5,8
Ayuda psicológica y psicofarmacológica otros problemas	7,5
Ayuda profesional actual	
Ayuda psicológica actual	9,2
Ayuda psicofarmacológica actual	35
Ansiolíticos	16,7
Antidepresivos	2,5
Combinación	10,8
Ayuda psicológica y psicofarmacológica actual	8,3

Nota. Todos los valores son porcentajes salvo que se indique otra cosa.

Los atentados terroristas que habían sufrido habían ocurrido entre los años 1963 y 2007, habiendo pasado una media de 18,43 años ($DT = 11,22$) entre la fecha del atentado y la realización de la evaluación psicológica pretratamiento. La muestra se repartía fundamentalmente entre atentados producidos por el grupo terrorista Al Qaeda, en referencia al atentado del 11 de marzo de 2004 (11M) (47,5%), y por ETA (41,7%) (véase la tabla 10).

Por otro lado, un 60% de las personas evaluadas había recibido ayuda psicológica tras el atentado, entendiendo por este tipo de ayuda cualquier intervención, independientemente del formato, duración y del enfoque psicoterapéutico, que trascendiera los límites de lo meramente informativo, en la que se aplicara algún tipo de técnica psicológica en la que el paciente tuviera una participación activa y en este caso, además, que tuviera como fin o hubiera repercutido directamente en la mejora de alguna de las consecuencias psicopatológicas derivadas del atentado. En este sentido, se incluyeron en esta categoría terapias individuales y grupales de diversos enfoques, pero también intervenciones de menor intensidad, como por ejemplo, talleres centrados en el aprendizaje de técnicas psicológicas (por ejemplo, técnicas para el manejo de la ansiedad). Se incluyeron también las psicoterapias realizadas por profesionales médicos psiquiatras, siempre que éstas fueran más allá de la administración de medicación. Sin embargo, no se tuvieron en cuenta aquí otro tipo de ayudas como la medicina natural, la acupuntura o la homeopatía, entre otras.

Asimismo, aproximadamente el mismo porcentaje de personas (60,8%), habían recibido ayuda psicofarmacológica, basada fundamentalmente en la toma de ansiolíticos (28,3%) o en la combinación de varios psicofármacos, habitualmente, ansiolíticos y antidepresivos (24,2%), con un porcentaje mucho más pequeño de personas que habían recibido tratamiento solo con antidepresivos (3,3%). En este caso, se tuvieron en consideración todos aquellos supuestos en los que el paciente refiriera haber consumido

Capítulo 5: Método

algún tipo de psicofármaco, estuviera prescrito y pautado por un médico o no, sin tener en cuenta la duración o la intensidad de la toma de este tipo de medicaciones. Por tanto, en esta categoría se incluyeron todas aquellas personas que habían consumido psicofármacos, aunque solamente hubiera sido durante los primeros días tras el atentado y también aquellos otros que los consumieron a demanda y sin supervisión médica. Además, un 48,3% de personas habían recibido, ambas ayudas, psicológica y psicofarmacológica, en relación al atentado.

Un porcentaje menor de las víctimas habían solicitado a lo largo de su vida ayuda profesional por problemas psicológicos no relacionados con el terrorismo (15% recibieron tratamiento psicológico, 20,8%, farmacológico y 7,5% ambos), siguiendo exactamente los mismos criterios de inclusión y exclusión descritos en los párrafos anteriores. Además, en el momento de evaluación, un 9,2% de los participantes estaban recibiendo ayuda psicológica y un 35%, psicofarmacológica, sobre todo, ansiolíticos (16,7%) o varios psicofármacos combinados, habitualmente ansiolíticos y antidepresivos (10,8%), otra vez con un porcentaje mucho menos significativo de personas que tomaban antidepresivos de manera aislada (2,5%). Un 8,3% recibían una combinación de terapia psicológica y psicofarmacológica en el momento de evaluación. En cualquier caso, como ya se mencionó anteriormente, ninguno de los 120 pacientes estaban recibiendo tratamiento psicológico centrado en el trauma en el momento de evaluación ni durante el tratamiento (véase la tabla 10).

En cuanto a la descripción clínica de esta muestra, tras la entrevista presencial, el trastorno más prevalente entre las víctimas evaluadas fue el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), con aproximadamente la mitad de los participantes diagnosticados (49,2%), aunque seguido a corta distancia del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) (40,8%) (véase la figura 4). La existencia de otras patologías de corte depresivo, en este caso, de la distimia, fue mucho menor (7,5%), de manera que,

considerados en su conjunto, el porcentaje de trastornos depresivos (45,8%), no difería demasiado del porcentaje de TDM aislado, máxime teniendo en cuenta que en algunas ocasiones, distimia y TDM eran diagnosticadas a la vez. No hubo, además, entre las 120 personas aleatorizadas ninguna que cumpliera criterios para ninguna clase de trastorno bipolar (suponía, además, criterio de exclusión cuando el episodio maníaco estaba activo). Por todo ello, teniendo en cuenta el peso de los diagnósticos depresivos y en concreto del TDM para esta muestra, no es extraño que el 28,8% de los pacientes diagnosticados con TEPT presentara también algún trastorno depresivo (habitualmente TDM), suponiendo este tándem un 14,2% de la muestra total (véanse las figuras 4 y 5).

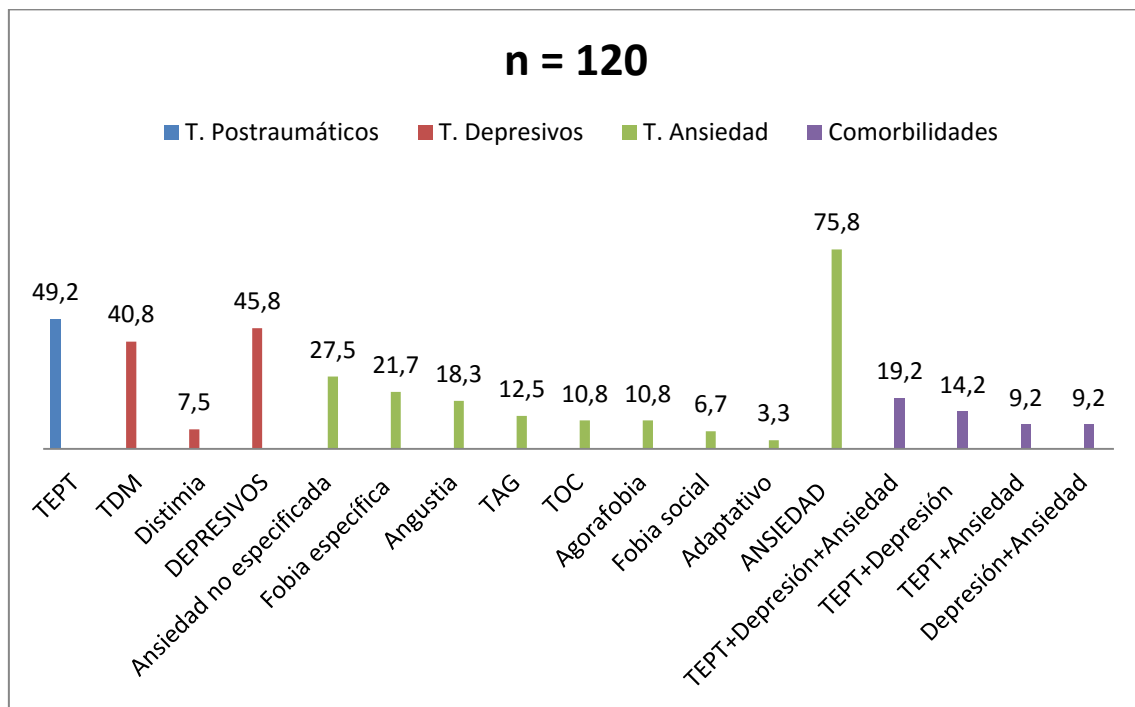


Figura 4. Prevalencia (%) de TEPT, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y comorbilidades en la evaluación pretratamiento

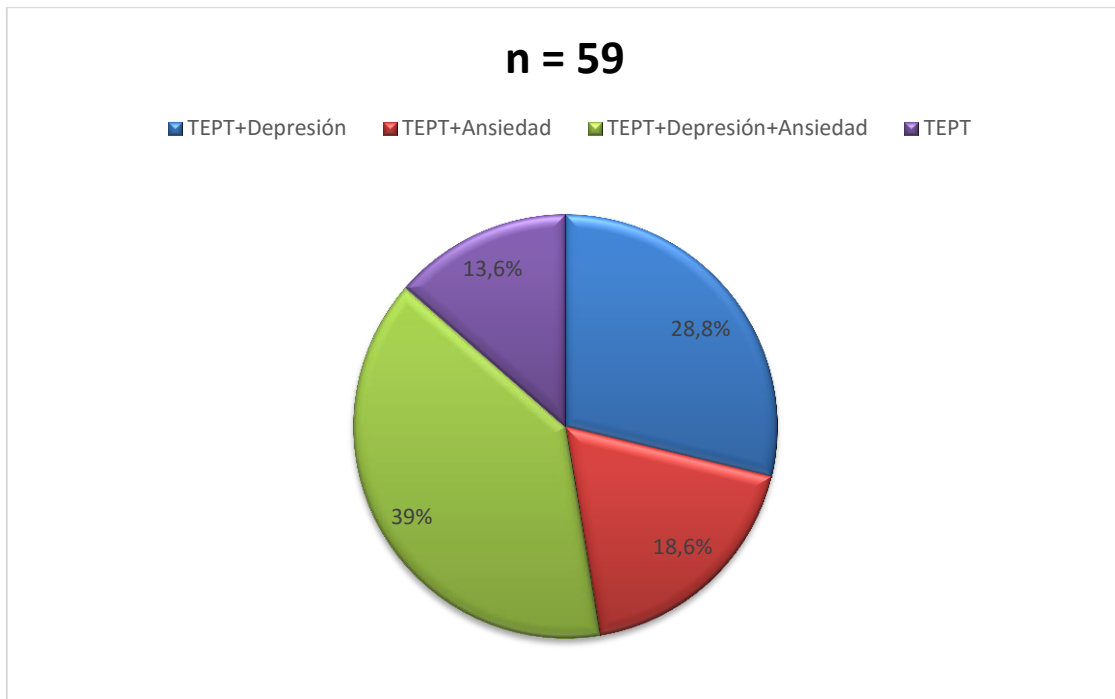


Figura 5. Distribución del TEPT en la evaluación pretratamiento

Por otro lado, hay que reseñar que el 75,8% de la muestra fue diagnosticada con otros trastornos de ansiedad diferentes al TEPT y, en concreto, por orden de importancia: trastorno de ansiedad no especificado (27,5%), fobia específica (21,7%), trastorno de angustia (18,3%), trastorno de ansiedad generalizada o TAG (12,5%), trastorno obsesivo-compulsivo o TOC (10,8%), agorafobia sin historia de angustia (10,8%), fobia social (6,7%) y trastorno adaptativo (3,3%), considerado este último dentro de este grupo en la medida en que en todos los casos la patología cursaba con sintomatología ansiosa (con o sin otros síntomas depresivos o emocionales añadidos) (véase la figura 4).

De la misma manera que ocurría para los trastornos depresivos, un 18,6% de las personas diagnosticadas con TEPT presentaba de manera comórbida algún otro trastorno de ansiedad, lo que suponía un 9,2% de la muestra total. Es más, un 39% de las personas diagnosticadas con TEPT (19,2% de la muestra total) presentaba comorbilidad con algún trastorno depresivo y además, con algún trastorno de ansiedad.

En definitiva, aunque el TEPT fue el diagnóstico más prevalente, en un 86,4% de los casos se presentaba de manera comórbida con una o varias patologías ansioso-depresivas y su presencia aislada supuso tan solo un 13,6% de los casos diagnosticados (un 6,6% de la muestra total) (véanse las figuras 4 y 5). Pero además, es importante señalar que no solamente existía comorbilidad entre el TEPT y otras patologías, sino que un 9,2% de las ocasiones los pacientes presentaban patología ansioso-depresiva comórbida pero, en este caso, totalmente ajena al TEPT (véase la figura 5).

La puntuación media de las víctimas en sintomatología de estrés postraumático (*PTSD Checklist* o PCL; Weathers et al., 1993; adaptación española de Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2006; Vázquez, Hervás y Pérez-Sales, 2008), depresiva (*Beck Depression Inventory-II* o BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996, 2011) y ansiosa (*Beck Anxiety Inventory* o BAI; Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988; Beck y Steer 2011) fue de 42,93 ($DT = 14,736$, $n = 114$), 19,58 ($DT = 13,349$; $n = 113$) y 18,71 ($DT = 13,458$, $n = 115$), respectivamente, estando todos ellos por encima de los puntos de corte establecidos para una sintomatología clínicamente significativa (BDI-II y BAI > 14 ; y PCL > 29 , véanse Sanz, 2013; Sanz, 2014; Sanz y García-Vera, 2015) (véase la figura 6). No obstante, es importante señalar aquí que, puesto que el criterio de inclusión en esta fase del estudio estaba ligado a la existencia de un diagnóstico, si bien todos los participantes realizaron obligatoriamente la entrevista diagnóstica, no todos llegaron a cumplimentar los cuestionarios. Por eso, cuando existan valores perdidos en relación con la sintomatología postraumática o ansioso-depresiva de los participantes, se hará constar a lo largo del presente texto.

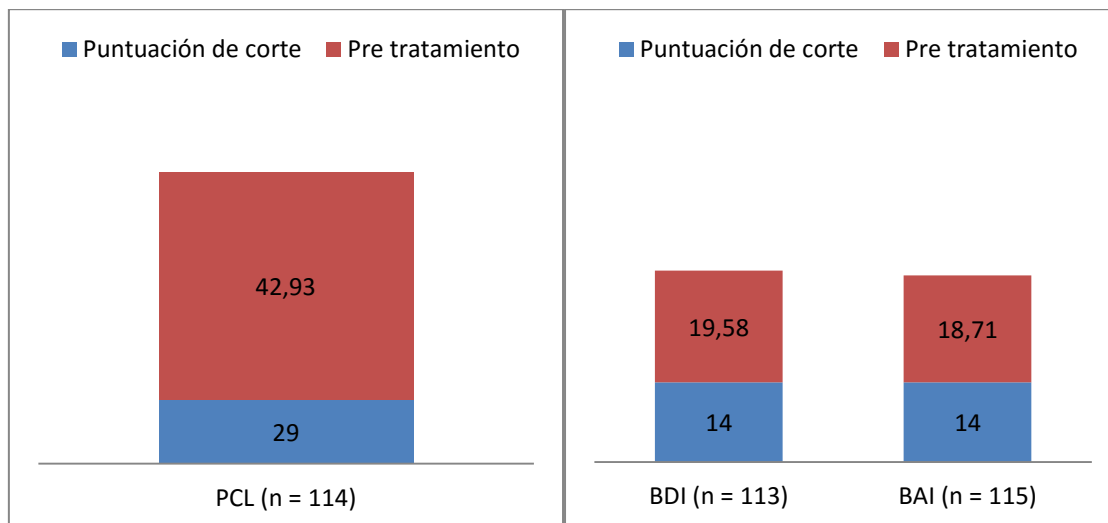


Figura 6. Puntuaciones medias sobre las puntuaciones de corte de la PCL, el BDI-II y el BAI en la evaluación pretratamiento

Comparaciones mediante pruebas t o χ^2 para medidas independientes de las víctimas que fueron asignadas aleatoriamente al grupo de tratamiento ($n = 60$) y al grupo control ($n = 60$) revelaron que ambos grupos no diferían significativamente en ninguna de las características sociodemográficas o clínicas descritas hasta ahora (todas las pruebas con $p < ,05$) (véanse las tablas 11 y 12).

De las 60 víctimas pertenecientes al grupo experimental, a las que se ofreció la posibilidad de recibir tratamiento psicológico para el trastorno o trastornos mentales que padecían, 25 rechazaron empezar dicho tratamiento y 35 lo iniciaron. Una vez iniciado, 10 lo abandonaron y 25 lo completaron (véase la figura 3). De las 60 víctimas pertenecientes al grupo de control, a las que se ofreció la posibilidad de recibir tratamiento tras un tiempo de espera de cuatro meses, 10 rehusaron hacer la evaluación postratamiento y 50 la completaron (véase la figura 3). Por todo esto, y aunque se hará referencia a ello más adelante en este texto y con una mayor profundidad, merece la pena explicar aquí que las 35 personas que iniciaron el tratamiento (lo completasen o no) fueron consideradas como parte de la llamada muestra de “intención de tratar”, porque, efectivamente todas ellas tenían intención de ser tratadas, aunque después solo

25 llegaron a concluir con éxito la terapia. Los 50 pacientes que iniciaron la espera y realizaron la evaluación post tras la misma fueron utilizados como criterio de comparación para unos y otros, teniendo la muestra de intención de tratar un total de 85 personas y la muestra de “completos” un total de 75.

Dada la diferencia en número entre los pacientes que iniciaron o completaron el tratamiento ($n = 35$ o $n = 25$) y los que completaron el post LE ($n = 50$), se realizaron comparaciones con pruebas χ^2 o t de Student para asegurar que las características clínicas y sociodemográficas en el pretratamiento de los 120 participantes aleatorizados seguían siendo equivalentes para la muestra de participantes de intención de tratar o de pacientes que completaron el proceso de investigación. Estas pruebas revelaron que, tal y como ocurría cuando se tenía en cuenta toda la muestra aleatorizada, ni en la submuestra de intención de tratar ($n = 85$) ni en la submuestra de pacientes que completan el proceso de investigación ($n = 75$) existían diferencias significativas entre los dos grupos, de tratamiento y de control (véanse las tablas 11 y 12).

A los seis meses de finalizar el tratamiento, los participantes del grupo experimental fueron invitados a realizar una evaluación de seguimiento. De las 25 personas que finalizaron el tratamiento, 18 completaron también este seguimiento de 6 meses y 7, o bien lo abandonaron o no lo completaron.

Se realizaron comparaciones mediante pruebas t o χ^2 para medidas independientes de las víctimas que completaron el proceso de investigación (el tratamiento, en el caso del grupo experimental o la lista de espera, en el caso del grupo control) y lo rechazaron (grupo experimental y grupo control) y/o lo abandonaron (grupo experimental) en algún momento, todo ello para la muestra total (75 completos frente a 45 rechazos o abandonos), la muestra de intención de tratar (75 completos frente a 10 abandonos), la muestra de tratamiento (25 completos frente a 10 abandonos) y la muestra de seguimiento (18 completos frente a 7 abandonos). Estos análisis

revelaron, en cuanto a variables sociodemográficas, que la edad de los participantes tendía a ser significativamente mayor en aquellas personas que rechazaban o abandonaban el proceso de investigación que en las personas que lo completaban ($p < ,05$ en la muestra total y $p < ,01$ en las de intención de tratar y tratamiento), aunque esas diferencias no se encontraron en el caso de los seguimientos a 6 meses. Por otro lado, existía un porcentaje significativamente mayor de víctimas directas que completaron el proceso de investigación y complementariamente, un número significativamente mayor de familiares de fallecidos que lo rechazaron o lo abandonaron ($p < ,01$ en ambos casos), aunque estas diferencias desaparecieron cuando se aislaron los abandonos de los rechazos (en las muestras de intención de tratar, de tratamiento y seguimientos). Por último, existían variables no relacionadas con el rechazo, pero sí con el abandono, donde aparecía un porcentaje significativamente mayor de personas que estaban recibiendo tratamiento psicológico en el momento de evaluación ($p < ,01$ en las muestras de intención de tratar y $p < ,05$ en la de tratamiento), aunque una vez más, sin que eso se trasladase a la muestra de seguimientos (véase la tabla 13).

Aunque no existían diferencias diagnósticas en ninguna muestra ni sintomatológicas en la muestra general, sí aparecían diferencias en las puntuaciones medias del BDI-II, PCL y del BAI significativamente mayores para el grupo de abandonos en la muestra de intención de tratar ($p < ,01$ para el primero y $p < ,05$ para los dos últimos), continuando estas diferencias para el BDI-II y el BAI también en la muestra de tratamientos ($p < ,05$ para ambos) (véase la tabla 14).

Por último, es importante señalar que de los 50 participantes del grupo control que completaron la evaluación post tras lista de espera, solamente 47 volvieron a ser diagnosticados con algún trastorno ansioso, depresivo o postraumático relacionado con el atentado. De estos 47, 29 aceptaron e iniciaron tratamiento, mientras que 18 rechazaron la terapia. En el momento actual 15 personas han completado la terapia

mientras que 14, o bien la abandonaron o todavía se encuentran en proceso de tratamiento. Además, de las 15 personas del grupo control que completaron el tratamiento, en la actualidad 13 han realizado el seguimiento a 6 meses (véase la figura 3).

Por todo ello, si tenemos en cuenta ambos grupos o condiciones experimentales (tratamiento y lista de espera), 40 personas en total han completado nuestro tratamiento cognitivo-conductual centrado en el trauma ($n = 25$ para el grupo experimental y $n = 15$ para el grupo de lista de espera) y de ellas, 31, además, han realizado un seguimiento de 6 meses tras terminar la terapia (véase la figura 3).

Tabla 11. Comparación de las características sociodemográficas de los pacientes según condición experimental (grupo de tratamiento y grupo de lista de espera o LE) en la muestra total, en la muestra de intención de tratar y en la muestra de personas que completan el tratamiento o la evaluación post y significación de las pruebas de chi² y t de Student

Características Sociodemográficas	Muestra Total (n = 120)			Intención de Tratar (n = 85)			Post Completos (n = 75)		
	Tratamiento (n = 60)	LE (n = 60)	$t / \chi^2 \ddagger$	Tratamiento (n = 35)	LE (n = 50)	$t / \chi^2 \ddagger$	Tratamiento (n = 25)	LE (n = 50)	$t / \chi^2 \ddagger$
Edad media (desviación típica)	50,7 (11,23)	50,23 (12,49)	0,215	50,09 (10,65)	49,92 (12,36)	0,064	46,48 (9,80)	49,92 (12,36)	-1,212
Mujeres	68,3	66,7	0,038	65,7	68	0,049	64	68	0,120
Con pareja	65	61,7	0,144	68,6	60	0,653	72	60	1,042
Estudios no superiores	55	58,3	0,136	62,9	56	0,400	56	56	0,000
No trabaja en la actualidad	56,7	53,3	0,135	57,1	52	0,219	52	52	0,000
Víctima directa	41,7	51,7	1,205	45,7	58	1,247	52	58	0,244
Familiar de fallecido	46,7	36,7	1,234	34,3	32,0	0,049	28	32	0,125
Familiar de herido	15,0	11,7	0,288	20	10,0	0,973	20	10	0,707
Al Qaeda	46,7	48,3	4,507	51,4	46	3,913	56	46	0,983
ETA	36,7	46,7	4,507	31,4	48	3,913	36	48	0,983

Características Sociodemográficas	Muestra Total (n = 120)			Intención de Tratar (n = 85)			Post Completos (n = 75)		
	Tratamiento (n = 60)	LE (n = 60)	$t / \chi^2 \ddagger$	Tratamiento (n = 35)	LE (n = 50)	$t / \chi^2 \ddagger$	Tratamiento (n = 25)	LE (n = 50)	$t / \chi^2 \ddagger$
Media de años tras el atentado (desviación típica)	19,43 (11,34)	17,42 (11,11)	0,984	17,91 (11,24)	18,5 (11,37)	-0,235	16,28 (10,29)	18,5 (11,37)	-0,821
Ayuda psicológica relacionada con atentado	65	55	1,250	68,6	54	1,821	76	54	3,401
Ayuda psiquiátrica relacionada con el atentado	55	66,7	1,714	57,1	66	0,688	60	66	0,260
Ayuda psicológica otros problemas	18,3	11,7	1,046	22,9	14	1,111	16	14	0,000
Ayuda psiquiátrica otros problemas	16,7	25	1,263	20	26	0,412	12	26	1,947
Ayuda psicológica actual	13,3	5	2,502	14,3	6	0,828	4	6	0,000
Ayuda psiquiátrica actual	28,3	41,7	2,344	34,3	46	1,166	28	46	2,250

Nota. Todos los valores son porcentajes salvo que se indique otra cosa; Se aplica la corrección de Yates a la prueba χ^2 cuando al menos el valor de una frecuencia esperada es menor que 5.*Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$

Tabla 12. Comparación de las características clínicas de los pacientes según condición experimental (grupo de tratamiento y grupo de lista de espera o LE) en la muestra total, en la muestra de intención de tratar y en la muestra de personas que completan el tratamiento o la evaluación post y significación de las pruebas de χ^2 y t de Student

Características Clínicas	Muestra Total (n = 120)			Intención de Tratar (n = 85)			Post Completos (n = 75)		
	Tratamiento (n = 60)	LE (n = 60)	$t / \chi^2 \ddagger$	Tratamiento (n = 35)	LE (n = 50)	$t / \chi^2 \ddagger$	Tratamiento (n = 25)	LE (n = 50)	$t / \chi^2 \ddagger$
TEPT	45	53,3	0,834	48,6	58	0,737	48	58	0,673
TDM	40	41,7	0,034	48,6	40	0,615	56	40	1,722
Distimia	8,3	6,7	0,000	11,4	8	0,024	8	8	0,000
Algún trastorno depresivo	45	46,7	0,034	54,3	46	0,565	56	46	0,667
Ansiedad no especificada	31,7	23,3	1,045	31,4	22	0,954	28	22	0,329
Fobia específica	23,3	20	0,196	25,7	18	0,734	32	18	1,864
Trastorno de angustia	21,7	15	0,891	22,9	16	0,634	20	16	0,012
TAG	11,7	13,3	0,076	8,6	12	0,022	8	12	0,017
TOC	8,3	13,3	0,776	11,4	14	0,000	12	14	0,000
Agorafobia	11,7	10	0,086	5,7	10	0,094	8	10	0,000
Fobia Social	5	8,3	0,134	8,6	6	0,001	8	6	0,000
Trastorno adaptativo	1,7	5	0,259	0	4	0,221	0	4	0,064

Características Clínicas	Muestra Total (n = 120)			Intención de Tratar (n = 85)			Post Completos (n = 75)		
	Tratamiento (n = 60)	LE (n = 60)	$t / \chi^2 \ddagger$	Tratamiento (n = 35)	LE (n = 50)	$t / \chi^2 \ddagger$	Tratamiento (n = 25)	LE (n = 50)	$t / \chi^2 \ddagger$
Algún trastorno de ansiedad distinto al TEPT	80	71,7	1,137	80	70	1,073	80	70,0	0,852
TEPT, ansiedad y depresión	18,3	20	0,054	25,7	22	0,158	28	22,0	0,329
TEPT y depresión	16,7	11,7	0,617	17,1	12	0,125	16	12,0	0,014
TEPT y ansiedad	8,3	10	0,100	5,7	10	0,094	4	10,0	0,204
Ansiedad y depresión	8,3	10	0,100	8,6	8	0,000	8	8	0,000
Puntuación media PCL (desviación típica) (tamaño de la muestra)	45,37 (15,03) (n = 57)	40,49 (14,14) (n = 57)	1,784	45,89 (15,50) (n = 35)	40,85 (14,662) (n = 48)	1,507	43,08 (15,81) (n = 35)	40,85 (14,66) (n = 48)	0,599
Puntuación media BDI-II (desviación típica) (tamaño de la muestra)	21,57 (14,29) (n = 56)	17,61 (12,15) (n = 57)	1,586	24,11 (14,65) (n = 35)	18,33 (12,562) (n = 48)	1,929	21,36 (14,11) (n = 25)	18,33 (12,56) (n = 48)	0,936
Puntuación media BAI (desviación típica) (tamaño de la muestra)	19,34 (12,77) (n = 58)	18,07 (14,20) (n = 57)	0,506	20,74 (14,34) (n = 35)	18,81 (14,787) (n = 48)	0,595	17,00 (12,23) (n = 35)	18,81 (14,79) (n = 48)	-0,526

Nota. Todos los valores son porcentajes salvo que se indique otra cosa; Se aplica la corrección de Yates a la prueba χ^2 cuando al menos el valor de una frecuencia esperada es menor que 5. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$.

Tabla 13. Comparación de las características sociodemográficas de los pacientes que han completado y que han rechazado o abandonado (el tratamiento, en grupo experimental; la espera en grupo de lista de espera o LE) en la muestra total, en la muestra de intención de tratar, en la muestra de tratamiento y en la de seguimiento a 6 meses y significación de las pruebas de χ^2 y t de Student.

Características Sociodemográficas	Muestra Total (n = 120)			Intención de Tratar (n = 85)			Tratamiento (n = 35)			Seguimiento (n = 25)		
	Completan (n = 75)	Rechazan o abandonan (n = 45)	t / χ^2 ‡	Completan (n = 75)	Abandonan (n = 10)	t / χ^2 ‡	Completan (n = 25)	Abandonan (n = 10)	t / χ^2 ‡	Completan (n = 18)	Abandonan (n = 7)	t / χ^2 ‡
Edad media (desviación típica)	48,77 (11,621)	53,29 (11,758)	2,052*	48,77 (11,621)	59,10 (6,790)	4,079***	46,48 (9,803)	59,10 (6,790)	3,714***	44,83 (9,599)	50,71 (9,708)	1,371
Mujeres	66,7	68,9	0,063	66,7	70	0,000	64	70	0,114	66,7	57,1	0,000
Con pareja	64	62,2	0,038	64	60	0,000	72	60	0,477	61,1	100	2,098
Estudios no superiores	56	57,8	0,036	56	80	1,224	56	80	1,762	50	71,4	0,271
No trabaja en la actualidad	52	60	0,727	52	70	0,541	52	70	0,945	50	42,9	0,000
Víctima directa	56	31,1	7,000**	56	30	1,464	52	30	1,393	50	57,1	0,000
Familiar de fallecido	30,7	60	9,957**	30,7	50	0,746	28	50	1,534	33,3	14,3	0,208
Familiar de herido	13,3	13,3	0,000	13,3	20	0,007	20	20	0,000	16,7	28,6	0,012
Al Qaeda	49,3	44,4	3,608	49,3	40	10,653**	56	40	5,204	50	71,4	1,340
ETA	44	37,8	3,608	44	20	10,653**	36	20	5,204	38,9	28,6	1,340
Media de años tras el atentado (desviación típica)	17,76 (11,008)	19,53 (11,618)	0,837	17,76 (11,008)	22,00 (12,996)	1,120	16,28 (10,298)	22,00 (12,996)	1,377	17,61 (11,366)	12,86 (6,256)	1,330

Características Sociodemográficas	Muestra Total (n = 120)			Intención de Tratar (n = 85)			Tratamiento (n = 35)			Seguimiento (n = 25)		
	Completan (n = 75)	Rechazan o abandonan (n = 45)	t / χ^2 ‡	Completan (n = 75)	Abandonan (n = 10)	t / χ^2 ‡	Completan (n = 25)	Abandonan (n = 10)	t / χ^2 ‡	Completan (n = 18)	Abandonan (n = 7)	t / χ^2 ‡
Ayuda psicológica relacionada con atentado	61,3	57,8	0,148	61,3	50	0,118	76	50	1,196	72,2	85,7	0,035
Ayuda psiquiátrica relacionada con el atentado	64	53,3	1,333	64	50	0,261	60	50	0,026	61,1	57,1	0,000
Ayuda psicológica otros problemas	14,7	15,6	0,017	14,7	40	2,348	16	40	1,171	22,2	0	0,567
Ayuda psiquiátrica otros problemas	21,3	17,8	0,222	21,3	40	0,829	12	40	1,969	16,7	0	0,217
Ayuda psicológica actual	5,3	15,6	2,409	5,3	40	8,704**	4	40	4,906*	5,6	0	0,000
Ayuda psiquiátrica actual	40	26,7	2,198	40	50	0,068	28	50	0,713	27,8	28,6	0,000

Nota. Todos los valores son porcentajes salvo que se indique otra cosa; Se aplica la corrección de Yates a la prueba χ^2 cuando al menos el valor de una frecuencia esperada es menor que 5; Se utiliza, para la prueba t de Student, la fórmula que no asume que los dos grupos tengan varianzas iguales en el caso de que las pruebas de Levene de igualdad de varianzas correspondientes resultaran estadísticamente significativas.*Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$; **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$; ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

Tabla 14. Comparación de las características clínicas de los pacientes que han completado y que han rechazado o abandonado (el tratamiento, en grupo experimental; la espera en grupo de lista de espera o LE) en la muestra total, en la muestra de intención de tratar, en la muestra de tratamiento y en la de seguimiento a 6 meses y significación de las pruebas de *chi2* y *t* de Student

Características Clínicas	Muestra Total (n=120)			Intención de Tratar (n=85)			Tratamiento (n=35)			Seguimiento (n=25)		
	Completan (n = 75)	Rechazan o abandonan (n = 45)	$t / \chi^2 \ddagger$	Completan (n = 75)	Abandonan (n = 10)	$t / \chi^2 \ddagger$	Completan (n = 25)	Abandonan (n = 10)	$t / \chi^2 \ddagger$	Completan (n = 18)	Abandonan (n = 7)	$t / \chi^2 \ddagger$
TEPT	54,7	40	2,421	54,7	50	0,000	48	50	0,011	50	42,9	0,000
TDM	45,3	33,3	1,676	45,3	30	0,335	56	30	1,933	61,1	42,9	0,142
Distimia	8	6,7	0,000	8	20	0,415	8	20	1,016	11,1	0	0,010
Algún trastorno depresivo	49,3	40	0,987	49,3	50	0,000	56	50	0,104	61,1	42,9	0,142
Ansiedad no especificada	24	33,3	1,229	24	40	0,491	28	40	0,477	33,3	14,3	0,208
Fobia específica	22,7	20	0,118	22,7	10	0,259	32	10	1,810	38,9	14,3	0,499
T. de angustia	17,3	20	0,134	17,3	30	0,283	20	30	0,405	22,2	14,3	0,000
TAG	10,7	15,6	0,615	10,7	10	0,000	8	10	0,036	5,6	14,3	0,000
TOC	13,3	6,7	0,696	13,3	10	0,000	12	10	0,028	5,6	28,6	0,818
Agorafobia	9,3	13,3	0,144	9,3	0	0,157	8	0	0,848	5,6	14,3	0,000
Fobia Social	6,7	6,7	0,000	6,7	10	0,000	8	10	0,036	11,1	0	0,010
Trastorno Adaptativo	2,7	4,4	0,000	2,7	0	,000	0	0	-	0	0	-
Algún t. ansiedad distinto al TEPT	73,3	80	0,682	73,3	80	0,005	80	80	0,000	83,3	71,4	0,012

Características Clínicas	Muestra Total (n=120)			Intención de Tratar (n=85)			Tratamiento (n=35)			Seguimiento (n=25)		
	Completan (n = 75)	Rechazan o abandonan (n = 45)	$t / \chi^2 \ddagger$	Completan (n = 75)	Abandonan (n = 10)	$t / \chi^2 \ddagger$	Completan (n = 25)	Abandonan (n = 10)	$t / \chi^2 \ddagger$	Completan (n = 18)	Abandonan (n = 7)	$t / \chi^2 \ddagger$
TEPT, ansiedad y depresión	24	11,1	3,016	24	20	0,000	28	20	,239	33,3	14,3,	0,208
TEPT y depresión	13,3	15,6	0,114	13,3	20	0,007	16	20	0,080	11,1	28,6	0,213
TEPT y ansiedad	8	11,1	0,060	8	10	0,000	4	10	0,477	5,6	0	0,000
Ansiedad y depresión	8	11,1	0,060	8	10	0,000	8	10	0,036	11,1	0	0,010
Puntuación media PCL (desviación típica) (n de la muestra)	41,62 (14,993) (n = 73)	45,27 (14,146) (n = 41)	1,273	41,62 (14,993) (n = 73)	52,90 (12,836) (n = 10)	2,266*	43,12 (15,902) (n = 25)	52,90 (12,836) (n = 10)	1,728	43,22 (12,389) (n = 18)	42,71 (23,768) (n = 7)	- 0,054
Puntuación media BDI-II (desviación típica) (n de la muestra)	19,37 (13,094) (n = 73)	19,95 (13,963) (n = 40)	0,220	19,37 (13,094) (n = 73)	34,33 (10,368) (n = 9)	3,297**	21,36 (14,109) (n = 25)	34,33 (10,368) (n = 9)	2,514*	20,83 (12,990) (n = 18)	22,71 (17,755) (n = 7)	0,294
Puntuación media BAI (desviación típica) (n de la muestra)	18,19 (13,906) (n = 73)	19,62 (12,755) (n = 42)	0,546	18,19 (13,906) (n = 73)	30,10 (15,538) (n = 10)	2,505*	17,00 (12,234) (n = 25)	30,10 (15,538) (n = 10)	2,649*	16,72 (10,889) (n = 18)	17,71 (16,183) (n = 7)	0,178

Nota. Todos los valores son porcentajes salvo que se indique otra cosa; Se aplica la corrección de Yates a la prueba χ^2 cuando al menos el valor de una frecuencia esperada es menor que 5; Se utiliza, para la prueba t de Student, la fórmula que no asume que los dos grupos tengan varianzas iguales en el caso de que las pruebas de Levene de igualdad de varianzas correspondientes resultaran estadísticamente significativas.*Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$; **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$; ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

5.2 Variables e instrumentos

En el presente estudio se tomaron las siguientes medidas con los siguientes instrumentos:

- *Características sociodemográficas y clínicas de las víctimas y características de los atentados y sus consecuencias.* Se administró en el pretratamiento una entrevista semiestructurada creada *ad hoc* para este estudio por M. P. García-Vera y J. Sanz y basada, en parte, en el módulo general de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, Versión Clínica (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders, Clinician Version*, o SCID-I-VC; First, et al., 1996), en su traducción española (First, Spitzer, Gibbon y William, 1999), y en la entrevista sobre el trauma de Foa, Hembree y Rothbaum (2007).
- *Diagnóstico de TEPT y de trastornos de ansiedad y depresivos.* Se administró tanto en el pretatamiento como en el postratamiento y en el seguimiento a los seis meses los módulos F (ansiedad y otros trastornos) y A (episodios afectivos) de la SCID-I-VC, en su traducción española (First et al., 1999).
- *Sintomatología de estrés postraumático.* Se administró tanto en el pretratamiento como durante el tratamiento (para los pacientes que aceptaron iniciarlo), en el postratamiento y en el seguimiento a 6 meses la Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático (PCL; Weathers et al., 1983) en su adaptación española (Vázquez et al., 2006) y con las instrucciones modificadas para evaluar los efectos de los atentados terroristas experimentados por las víctimas del presente estudio. La PCL está formada por 17 ítems creados para evaluar la presencia y gravedad de síntomas de estrés postraumático y que cubren los síntomas de los criterios diagnósticos B (reexperimentación), C (evitación y embotamiento) y D (activación) del TEPT según el

DSM-IV. Las instrucciones de la PCL piden a la persona evaluada que en cada uno de sus 17 ítems valore mediante escalas de tipo Likert de 5 puntos el grado en que tales síntomas le han afectado en el último mes, desde “nada en absoluto” (1) a “extremadamente” (5), de manera que la PCL proporciona una puntuación total en estrés postraumático entre 17 y 85. Existe una abundante literatura empírica que indica que la PCL tiene índices adecuados de fiabilidad y validez en un amplio rango de poblaciones (Reguera et al., 2014). La adaptación española ha mostrado también índices de fiabilidad adecuados en muestras españolas de la población general (alfa = ,89; Vázquez et al., 2006) y de la población de víctimas de terrorismo (alfa = ,94; Reguera et al., 2014).

- *Sintomatología depresiva.* Se aplicó tanto en el pretratamiento como durante el tratamiento (para los pacientes que aceptaron iniciarlo), en el postratamiento y en el seguimiento a 6 meses el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 1996), en su adaptación española (Beck et al., 2011). El BDI-II está formado por 21 grupos de afirmaciones o ítems creados para evaluar la presencia y gravedad de síntomas depresivos según el DSM-IV. Para cada ítem, la persona evaluada debe escoger la afirmación que mejor refleja su estado en las últimas dos semanas y que son valoradas de 0 a 3 según la gravedad que representan, de manera que el BDI-II proporciona una puntuación total en depresión con un rango de 0 a 63. Existe una abundante literatura empírica que indica que el BDI-II tiene índices adecuados de fiabilidad y validez en un amplio rango de poblaciones (Beck et al., 2011). La adaptación española ha mostrado también índices de fiabilidad y validez adecuados en muestras españolas de la población general y de pacientes con trastornos psicológicos (p. ej., alfa = entre ,87 y ,91; Sanz, 2013).

- *Sintomatología de ansiedad.* Se administró tanto en el pretratamiento como durante el tratamiento (para los pacientes que aceptaron iniciarlo), en el postratamiento y en el seguimiento a 6 meses el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, et al., 1988) en su adaptación española (Beck y Steer, 2011). El BAI está formado por 21 ítems creados para

Capítulo 5: Método

evaluar la presencia y gravedad de síntomas de ansiedad. En cada uno de los 21 ítems la persona evaluada debe valorar en escalas de tipo Likert de 4 puntos el grado en que tales síntomas le han molestado en la última semana, desde nada (0) a grave (3), de manera que el BAI proporciona una puntuación total en ansiedad entre 0 y 63. Existe una abundante literatura empírica que indica que el BAI tiene índices adecuados de fiabilidad y validez en un amplio rango de poblaciones (Beck y Steer, 2011). La adaptación española ha mostrado también índices de fiabilidad y validez adecuados en muestras españolas de la población general y de pacientes con trastornos psicológicos (p. ej., $\alpha =$ entre ,88 y ,92; Sanz, 2014).

5.3 Procedimiento

Las víctimas del terrorismo asociadas a la AVT fueron informadas de la realización de este proyecto y de la posibilidad de participar en él de forma voluntaria y gratuita mediante el envío de una carta y a través de la publicación en la revista oficial que la Asociación remite a todos sus asociados (véase la figura 2). Independientemente de que, además, algunas personas, tras recibir esta información, contactaron directamente con la asociación para solicitar atención psicológica, todas las personas que finalmente participaron en el presente estudio fueron citadas telefónicamente (y excepcionalmente, en persona, cuando así lo solicitaba el asociado) para realizar una primera evaluación individual de *screening*, donde se aplicaban algunos de los cuestionarios de este estudio, como es el caso de la PCL-C, o sus versiones reducidas, en el caso del *Beck Depression Inventory-II Short Form* (BDI-II-SF, Beck y Beck, 1972; adaptación española de Sanz, García-Vera, Espinosa y Fortún 2005) y del *Beck Anxiety Inventory Primary Care* (BAI-PC; Beck, Steer, Ball, Ciervo y Kabat 1997; adaptación española de Sanz y García-Vera, 2012). Posteriormente, los pacientes fueron citados para una segunda entrevista presencial

con un psicólogo en la que, tras obtener un consentimiento informado, se les administró, por este orden, una entrevista estructurada *ad hoc*, la SCID-I-VC, el BDI-II, el BAI y la PCL.

En caso de que el participante fuera diagnosticado con algún trastorno de ansiedad, depresivo o postraumático relacionado con el atentado y no reuniera ninguno de los criterios de exclusión anteriormente mencionados, fue aleatorizado para seguir la condición experimental (tratamiento) o de control (lista de espera). Esta aleatorización se llevó a cabo utilizando una lista aleatoria de números que manejaba un solo miembro del grupo de investigación.

En una sesión individual realizada telefónica o presencialmente se ofreció a cada víctima información sobre los resultados obtenidos en la evaluación pretratamiento, así como sobre el programa de tratamiento psicológico voluntario y gratuito que podían seguir de manera inmediata (grupo experimental) o tras cuatro meses de espera, con un seguimiento telefónico intermedio (grupo de control), todo lo cual aparecía recogido en un documento físico que los participantes debían firmar antes de comenzar la terapia en sí.

El tratamiento psicológico, enmarcado en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, y basado en la terapia de exposición prolongada para el TEPT de Foa y Rothbaum (1998; Foa, Hembree, y Rothbaum, 2007) estaba compuesto por 16 sesiones, de 60-90 minutos de duración, que debían llevarse a cabo de manera individual y semanalmente. De entre las personas que completaron el proceso de investigación, 6 pacientes del grupo de tratamiento y 3 del grupo de control (de los que aceptaron el tratamiento una vez terminada su espera) hicieron un número menor o mayor de las sesiones estipuladas originalmente para el tratamiento, situándose el rango de sesiones entre 15 y 19 para el grupo de tratamiento y entre 16 y 18 para el grupo de control, con un número medio de sesiones de 16,24 para el grupo de tratamiento y de 16,33 para el grupo de control. Las razones por las cuales algunos pacientes hicieron más sesiones de lo

Capítulo 5: Método

establecido tenían que ver con eventualidades ocurridas a lo largo del tratamiento (situaciones de crisis, por ejemplo) o con dificultades para cumplir con los objetivos establecidos en una sola sesión, lo cual, por otro lado, era condición necesaria para poder seguir avanzando en el tratamiento. Las razones por las que un paciente (en este caso, del grupo de tratamiento) hizo menos sesiones de lo estipulado tuvieron que ver con dificultades para adaptar horarios, motivo por el cual tuvieron que trabajarse los objetivos de dos sesiones (de las dos sesiones finales) en un solo día. De cualquier manera, el programa de intervención estaba protocolizado en un manual de tratamiento, donde se explicaban pormenorizadamente los objetivos a cumplir en cada sesión y las estrategias necesarias para llegar a alcanzarlos y adicionalmente, el terapeuta contaba con una “*checklist*” para cada sesión, en la que debía consignar si se habían trabajado cada uno de los objetivos propuestos y en qué grado, y si, a juicio del terapeuta, los objetivos habían sido comprendidos (a nivel de razonamiento) y asimilados (a nivel, también, emocional) por el paciente (véase el *Anexo 1: Checklist del terapeuta (sesión 1)*).

Aunque los objetivos y técnicas de que se compone el tratamiento aparecen descritos de manera más exhaustiva en la tabla 15 es importante hacer algunas matizaciones sobre el porqué de su estructura y contenido. Según el protocolo de Foa y Rothbaum (1998) el componente fundamental de este tratamiento era la exposición progresiva en imaginación a los recuerdos traumáticos y la exposición en vivo a estímulos ansiógenos relacionados con el atentado. Tal y como se recordará de apartados anteriores, la exposición en vivo se llevaba a cabo de manera previa a la exposición en imaginación y consistía en la confrontación gradual y en un contexto seguro, del paciente con aquellos estímulos asociados al trauma que solía evitar. La exposición en imaginación, por su parte, consistía en hacer un relato vívido y repetido del suceso traumático durante un tiempo prolongado (30-45 minutos) que iba aumentando en intensidad a medida que se sucedían las sesiones y se trataban los llamados “puntos calientes”, aquellos recuerdos

especialmente dolorosos y por tanto, especialmente difíciles de recordar. Además, el protocolo de Foa incluía cierto componente cognitivo cuando instaba a que después de cada exposición al recuerdo, se realizara lo que los autores llamaban “reprocesamiento del trauma”, es decir, una discusión con el terapeuta de los pensamientos y emociones elicitados durante la narración. Por último, una novedad de este tratamiento consistía en que todas las sesiones de terapia se grababan y el paciente debía escucharlas en su casa, exponiéndose así desde el primer momento a todo lo relacionado con la situación traumática. (véase el *Anexo 2: Registro de escucha de grabación (sesión 1)*)

A pesar de que todos estos componentes fundamentales del programa original de Foa y Rothbaum (1998) se siguieron según su manual, el protocolo original se modificó en varias direcciones para adaptarlo a la población específica de víctimas de atentados terroristas ocurridos hace muchos años. En primer lugar, aunque, como en el protocolo de Foa, la primera sesión incluía psicoeducación sobre reacciones postraumáticas, en este tratamiento se amplió y profundizó en el tema, dado que, además de explicar y normalizar las reacciones relacionadas con el trauma (como la ansiedad, puramente), se describía en detalle otro tipo de reacciones postraumáticas relacionadas con el duelo o con la pérdida y con ello se daba mayor énfasis a la sintomatología depresiva que solían tener las víctimas de acontecimientos traumáticos, así como a cuestiones tan fundamentales como la pérdida de control, de confianza o de seguridad tras la situación traumática (véase el *Anexo 3: Extracto de material de psicoeducación “Cómo superar las reacciones que se producen tras un atentado terrorista” (sesión 1)*).

Además de esto, con el objetivo de atender específicamente a las comorbilidades tan frecuentes del TEPT con TDM u otros trastornos de ansiedad, se añadieron en la sesión 2 del tratamiento, otras técnicas específicas para el manejo de estas comorbilidades, en concreto, técnicas adicionales para el control de la ansiedad, como la relajación muscular progresiva, y planificación de actividades agradables para el manejo de la sintomatología

Capítulo 5: Método

depresiva (véase la tabla 15). La introducción de la relajación muscular progresiva tenía como objetivo adicional el hacer consciente a los pacientes de su grado de activación y suponía, por tanto, una primera aproximación a la identificación de emociones como la ansiedad o la ira, es decir, una primera aproximación a la regulación emocional que se trabajaría posteriormente.

Las sesiones 3 y 4, eran sesiones de preparación para la exposición, de manera que, en lugar de explicar la técnica el mismo día que se iba a aplicar, como en el protocolo de Foa, en este tratamiento la lógica de la exposición se iba introduciendo gradualmente, de manera que en la sesión 3 se explicaba el concepto de evitación y exposición como procesos contrapuestos a través de los propios ejemplos del paciente (identificación de situaciones relacionadas con el trauma que se afrontaron y se superaron e identificación de las situaciones que todavía se evitan). En la sesión 4 se explicaba de manera pormenorizada este proceso a través de la psicoeducación sobre la ansiedad y sobre la curva de ansiedad (véase la tabla 15)

Aunque en el protocolo original de exposición prolongada se insta a que las emociones distintas al miedo también se discutan en sesión después de cada ejercicio de exposición (reprocesamiento cognitivo) y se mantiene que la exposición prolongada tiene un efecto directo sobre estas emociones, lo cierto es que este tema se trata de una manera superficial a lo largo de todo el protocolo. En vista de la presencia tan acusada de otras emociones diferentes al miedo y de la importancia que la regulación de estas emociones podría tener en unos pacientes que, por definición, intentan suprimirlas para no sufrir, en este protocolo de tratamiento se diseñaron las sesiones 5 y 6 de regulación emocional, que antecedian a las sesiones de exposición propiamente dichas (véase el *Anexo 4: Extracto de material psicoeducación “Cara a cara con la emoción” (sesiones 5 y 6)*). Este trabajo emocional según el cual se entrenaba a los pacientes en el reconocimiento de emociones, en su etiquetación, su aceptación y regulación pasaría, además, a formar una parte

fundamental de la propia metodología de exposición, pues en ella se haría especial hincapié, ya no tanto en las situaciones o incluso, en los recuerdos relacionados con el trauma a los que el paciente se expone, sino más bien, en las emociones asociadas a esas situaciones o recuerdos que son las que verdaderamente producen sufrimiento y que, por tanto, son lo que en realidad las personas evitan (véase la tabla 15) (véase *Anexo 5: Registro de exposición emocional*)

La exposición a estímulos externos se llevaba a cabo a lo largo de las sesiones 7, 8 y 9, y la exposición en imaginación, durante las sesiones 10 a 14. La mecánica aquí era la misma que la descrita por Foa, pero, tal y como puede comprobarse, estas sesiones de exposición se llevaban a cabo más tarde. Sin embargo, es importante recordar aquí que, en realidad, y a través de la escucha de las grabaciones que se mandaban para casa, los pacientes empezaban a exponerse al trauma desde el primer momento. Por otro lado, también es importante recalcar que a diferencia del protocolo original, donde la exposición a estímulos externos se realizaba como tarea para casa, en este protocolo de tratamiento, la exposición *in vivo* se ponía en práctica, al menos las primeras veces, durante la sesión y con la supervisión del terapeuta. En última instancia, como manera de adaptarse a esta población concreta, cuando los pacientes tenían otros trastornos de ansiedad diferentes al TEPT pero relacionados con el trauma, el paciente debía incluir en las jerarquías de exposición estímulos asociados a estos otros trastornos (por ejemplo, exposición a las obsesiones de orden en un trastorno obsesivo-compulsivo relacionado con el trauma) (véase la tabla 15).

El procesamiento cognitivo que se producía tras cada sesión de exposición, culminaba en las dos últimas sesiones con la introducción de técnicas narrativas que ayudasen al paciente a hacer un relato vital integrado, donde la situación traumática ocuparía un lugar pero no necesariamente un lugar protagonista en la trayectoria vital de una persona. Y por supuesto, al igual que en el protocolo de Foa, antes de finalizar el

tratamiento (en la sesión 15) se llevaron a cabo estrategias para la prevención de recaídas (véase la tabla 15)

Tabla 15. Módulos, sesiones, estrategias y técnicas terapéuticas de la terapia

Módulos	Sesiones	Estrategias y Técnicas
Módulo 1º: Trabajando en equipo	Sesión 1º: ¿Por qué me pasa lo que me pasa?	Psicoeducación y normalización de las reacciones al trauma y el duelo <i>Para casa: Escucha de la grabación de la sesión 1(registro de escucha)</i>
	Sesión 2º: Relajarnos para coger fuerzas	Psicoeducación y entrenamiento en relajación muscular progresiva en 16 grupos Planificación de actividades agradables Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva <i>Para casa: Escucha de la grabación de la sesión 2(registro de escucha); Registro de relajación; Registro de actividades agradables</i>
Módulo 2º: Conocerme mejor para tener más herramientas	Sesión 3º: ¿A qué nos vamos enfrentando?	Identificación de situaciones a las que evita enfrentarse y a las que se ha enfrentado. Relajación muscular en 8 grupos y recorrido mental Planificación de actividades agradables Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva <i>Para casa: Escucha de la grabación de la sesión 3(registro de escucha); Registro de relajación; Registro de actividades agradables</i>
	Sesión 4º: Atreverse con las situaciones difíciles	Psicoeducación sobre la ansiedad y su mantenimiento Construcción de la jerarquía de exposición Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva <i>Para casa: Escucha de la grabación de la sesión 4(registro de escucha); Revisión de la jerarquía</i>
Módulo 3º: Mirando cara a cara a las emociones	Sesión 5º: Regulando mis emociones I	Introducción de la exposición como técnica que nos enfrenta a las emociones, al sufrimiento. Psicoeducación sobre emociones Identificación de emociones Entrenamiento en respiración lenta Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva <i>Para casa: Escucha de la grabación de la sesión 5(registro de escucha); Ejercicios de identificación emocional</i>

Módulos	Sesiones	Estrategias y Técnicas
	Sesión 6°: Regulando mis emociones II	Regulación emocional Entrenamiento en respiración lenta Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva <i>Para casa: Escucha de la grabación de la sesión 6(registro de escucha); Registro de emociones</i>
Módulo 4°: Todos en guardia	Sesión 7°-9°: La exposición nos hace fuertes y competentes (prácticas I, II y III)	Introducción al método de exposición en vivo Exposición en sesión Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva <i>Para casa: Escucha de la grabación de la sesión 7-9(registro de escucha); Planificación de ejercicios de exposición in vivo y registro de emociones (en situación de exposición)</i>
Módulo 5°: Esta es mi historia	Sesión 10°-14°: Atreverse con los puntos calientes	Introducción al método de exposición al relato Exposición al relato, identificación de puntos calientes y nuevo significado. Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva <i>Para casa: Escucha de la grabación de la sesión 7-9(registro de escucha); Planificación de ejercicios de exposición in vivo y registro de emociones (en situación de exposición)</i>
Módulo 6°: Mi nueva perspectiva	Sesión 15°: ¡Buen trabajo! Fin del tratamiento y prevención de recaídas	Prevención de recaídas Introducción a técnicas narrativas Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva <i>Para casa: Escucha de la grabación de la sesión 15(registro de escucha); Planificación de ejercicios de exposición in vivo y registro de emociones (en situación de exposición); Narración de vida</i>
	Sesión 16°: Una nueva identidad	Narrativa de la nueva identidad Identificación de distorsiones cognitivas y reestructuración cognitiva <i>Para casa: Escucha de la grabación de la sesión 16(registro de escucha)</i>

Además de todo esto, a lo largo de todo el tratamiento y cuando el terapeuta detectaba en el discurso del paciente alguna creencia disfuncional sobre las causas o consecuencias del trauma, así como sobre alguno de los valores fundamentales de control, seguridad y confianza, se aplicaron técnicas de reestructuración cognitiva. No se trataba entonces, de un tratamiento cognitivo estructurado, sino más bien de la aplicación flexible de diálogo socrático cuando así lo estimaba oportuno el terapeuta y que, según se creía,

Capítulo 5: Método

podría tener especial impacto en esas creencias disfuncionales asociadas a la disforia que recientemente se han incorporado en el DSM-5, tal y como se recordará de epígrafes anteriores.

Por último, aunque muchas de las modificaciones realizadas sobre el protocolo de Foa tenían como propósito mejorar la adhesión al tratamiento (por ejemplo, el aumento de la psicoeducación, la introducción gradual de la técnica de exposición, o la realización en sesión de las primeras prácticas de exposición), es importante explicar que había a disposición de los terapeutas un módulo específico de motivación que éstos debían usar si se consideraba necesario. Además, a lo largo de todo el manual de tratamiento se introdujeron estrategias específicas de motivación, sobre todo, en las primeras aproximaciones a las sesiones de exposición (se realizaba, por ejemplo, un balance decisional con el paciente en caso de que se detectase que mostraba reticencias a la hora de exponerse a los estímulos temidos).

Todas estas modificaciones sobre la terapia original de Foa y Rothbaum (1998) tuvieron como consecuencia que el protocolo de tratamiento se extendiera en el tiempo, pasando de las 8-12 sesiones, según el manual original, a las 16 que finalmente configuraron esta terapia. Así, esta prolongación de la terapia respondía, de alguna manera, a las propuestas de las guías de buena práctica clínica para los casos de TEPT crónico o TEPT complicado, pero a diferencia de éstas, las sesiones aquí descritas estaban dotadas de un contenido específico.

Además de las *checklist* que el terapeuta debía rellenar para asegurar la adhesión al manual de tratamiento periódicamente (al finalizar cada sesión impar) los participantes rellenaban por este orden, el BDI-II, el BAI y la PCL, de manera que podía hacerseles un seguimiento pormenorizado a lo largo de todo el tratamiento. Al finalizar la última sesión los participantes también completaron una evaluación postratamiento en la que se aplicó, por este orden, la SCID-I-VC, el BDI-II, el BAI y la PCL.

La intervención fue aplicada por trece psicólogos con formación de posgrado en psicología clínica y de la salud y/o psicología general sanitaria y con formación específica en tratamiento cognitivo-conductual con víctimas del terrorismo. Se establecieron dos talleres de formación intensiva para la aplicación del manual de 20 horas cada uno y se dieron supervisiones de los casos semanales. Los tratamientos fueron realizados en la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM o en las dependencias de la AVT.

5.4 Análisis estadísticos

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa estadístico SPSS v. 15.0 y en todos ellos se adoptó una $p < ,05$ como nivel de probabilidad de cometer un error de tipo I.

Como puede observarse en la figura 3, los análisis estadísticos que se utilizaron de cara a demostrar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para víctimas del terrorismo fueron de cuatro tipos, según la fase del proceso de investigación y atendiendo a diferentes muestras:

1. En primer lugar, se hicieron análisis de eficacia a corto plazo, es decir, de los postratamientos, comparando el grupo experimental con el grupo control y teniendo en cuenta, bien la muestra de personas que completaron el proceso de investigación ($n = 75$), bien la muestra de “intención de tratar” ($n = 85$), en la que, tal y como se ha comentado anteriormente, el grupo de tratamiento estaba compuesto no solo por aquéllos que habían concluido con éxito la terapia ($n = 25$), sino también por aquéllos que la habían abandonado ($n = 10$), permaneciendo el grupo de comparación o LE igual en las dos muestras ($n = 50$). Así, en la muestra de intención de tratar, para completar los datos de las personas que habían abandonado el tratamiento, se tomaron, por un lado, los diagnósticos que esas mismas personas habían obtenido en el

pretratamiento y, por otro, en cuanto a su sintomatología, se adoptaron dos criterios (y así aparecerá descrito de aquí en adelante en el texto): Uno menos conservador pero más ajustado a la realidad, en el que los valores fueron sustituidos por los últimos datos disponibles de cada paciente (datos de las últimas sesiones de tratamiento en que los pacientes habían rellenado los cuestionarios) y otro, más conservador, según el cual se utilizaron los valores de las puntuaciones medias obtenidas en la evaluación pretratamiento. Por otro lado, es importante recordar aquí, que al igual que ocurría en el pretratamiento, la evaluación postratamiento solo se consideraba completada cuando el paciente había respondido a la SCID-I-VC, lo que no implicaba necesariamente (aunque así ocurría en la mayoría de los casos) que hubiera completado todos los cuestionarios¹. Por eso, en la muestra de intención de tratar también se completaron todos los cuestionarios perdidos en la evaluación postratamiento e igual que para los abandonos, los valores perdidos del grupo de tratamiento ($n = 2$) fueron completados bien con los valores pretratamiento, bien con los últimos cuestionarios obtenidos en terapia, según el criterio más o menos conservador adoptado. Por último, los valores perdidos en los cuestionarios postratamiento de los pacientes del grupo de control ($n = 4$) fueron lógicamente completados con los valores pretratamiento en todas las ocasiones, puesto que no se disponía de ninguna otra fuente de información al respecto (no habían hecho todavía el tratamiento) (véase la tabla 16).

Tanto para la muestra de completos como para la muestra de intención de tratar, la eficacia de la terapia en el postratamiento se analizó teniendo en cuenta, a su vez, tres criterios: uno diagnóstico, otro basado en la sintomatología y un tercero relativo a la significación clínica de los datos. En lo que se refiere a los diagnósticos, para el presente estudio solamente se analizó la prevalencia del TEPT, del TDM, del conjunto

¹ Se refiere aquí a cuestionarios completos. Los valores perdidos de ítems aislados fueron rellenados con el valor promedio para ese ítem en la muestra que se estuviera analizando, variando por tanto, el valor en función del tamaño y composición de la misma.

de los otros trastornos de ansiedad distintos al TEPT y de sus comorbilidades. El resto de diagnósticos de ansiedad no fueron considerados de manera individual debido a la baja representatividad que tenía cada uno de ellos por separado en la muestra, lo que, sin duda, iba unido a una baja potencia estadística. Por otro lado, el grupo de trastornos depresivos no se tuvo en cuenta en su conjunto porque estaba básicamente compuesto por el TDM, con una escasa representatividad de la distimia y por tanto, aparecía, de alguna manera, redundante. Las comorbilidades, sin embargo, sí se tuvieron en consideración por ser, por un lado, más representativas de la realidad diagnóstica de los pacientes (recuérdese aquí que, aunque el TEPT era el trastorno más prevalente en la evaluación pretratamiento, en un 86,4% de los casos aparecía de manera comórbida a otras patologías ansioso-depresivas) y además, con el fin de conocer cómo afectaba este tratamiento a diferentes combinaciones de los principales diagnósticos.

Para analizar la presencia de TEPT o de trastornos de ansiedad o depresión diagnosticables en el postratamiento en cada una de las condiciones experimentales del estudio (tratamiento frente a lista de espera), se realizaron tablas de contingencia 2 x 2 en las que se cruzaron las variables “condición experimental”, con dos niveles (tratamiento frente a lista de espera), y la presencia o ausencia en el postratamiento de cada uno de los diagnósticos analizados. Se calculó el porcentaje de víctimas con dichos diagnósticos en el postratamiento en cada condición experimental y se realizaron pruebas de χ^2 para examinar las diferencias en esos porcentajes entre el grupo de tratamiento y el grupo de lista de espera.²

Para completar estos análisis, tanto en la muestra de completos como en la de intención de tratar se realizaron análisis de comparación pre-post de la prevalencia diagnóstica. Así, se calculó para cada grupo (tratamiento y lista de espera) el porcentaje

² Se aplicó la corrección de Yates cuando al menos el valor de una frecuencia esperada era menor de 5 y así aparece reflejado en lo sucesivo.

de víctimas que en el pretratamiento presentaba cada uno de los trastornos de TEPT, ansiedad o depresión y sus comorbilidades y dichos porcentajes fueron comparados con su porcentaje correspondiente en el postratamiento mediante pruebas de McNemar para dos muestras relacionadas.

En cuanto al segundo índice de eficacia, basado en la sintomatología, se calcularon las puntuaciones medias de los participantes asignados a la condición experimental “tratamiento” en las medidas de sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad obtenidas en el postratamiento y tales medias fueron comparadas con las medias correspondientes a la sintomatología postraumática, de depresión y ansiedad obtenidas en el postratamiento por el grupo de control, teniendo en cuenta, además, las medidas de estas mismas variables en el pretratamiento. En este sentido, se realizaron análisis de varianza (ANOVA) con medidas repetidas sobre cada una las medidas de sintomatología en los que el factor intrasujetos era el tiempo, con dos niveles (pretratamiento y postratamiento), y el factor intersujetos era la condición experimental, también con dos niveles (tratamiento y lista de espera).

Para completar estos análisis se hicieron también aquí análisis pre-post de la sintomatología, calculándose para cada condición experimental (tratamiento frente a lista de espera), las puntuaciones medias en las medidas de sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad en el postratamiento y comparándolas con las puntuaciones medias correspondientes en el pretratamiento mediante pruebas *t* de Student para dos muestras relacionadas³. Con el fin de no perder ningún sujeto del grupo de tratamiento en las comparaciones pre-post de la muestra de intención de

³ Se eligió esta prueba incluso cuyo las distribuciones de las variables no cumplían el supuesto de normalidad, por su mayor sensibilidad y robustez. No obstante, se realizaron análisis no paramétricos paralelos (u de Mann Whitney) con idénticos resultados. Se utilizó la fórmula que no asumía que los dos grupos tenían varianzas iguales en el caso de que las pruebas de Levene de igualdad de varianzas correspondientes resultaran estadísticamente significativas.

tratar, se rellenaron los datos de uno de los cuestionarios pretratamiento de uno de los pacientes que habían abandonado la terapia (y por tanto, añadido a la muestra de intención de tratar) con sus datos más inmediatos, en este caso, los correspondientes a su primera sesión de tratamiento (véase la tabla 16).

Por último, con el fin de reflejar no solo la significación estadística sino también la significación clínica de los resultados, se calcularon los tamaños del efecto según el estadístico d de Cohen tanto para las diferencias entre grupos (las diferencias entre las medias de sintomatología postratamiento del grupo de tratamiento y las del grupo de control) como a las diferencias pre/post para cada grupo (entre las medias pretratamiento y las medias postratamiento para cada uno de los grupos)⁴. Se consideraron los valores de d de 0,2, 0,5 y 0,8 como tamaños del efecto pequeño, medio y grande, respectivamente, de acuerdo con los estándares del propio Cohen (1988). Asimismo, se calculó el porcentaje de pacientes en cada grupo (experimental o control) cuya puntuación en el postratamiento estaba por debajo de la puntuación de corte que marca el paso de una distribución disfuncional a una funcional, o lo que es lo mismo, lo que Jacobson y Truax (1991) denominaron “puntuación C” y que es de 29 puntos para la PCL (Sanz y García-Vera, 2015) y de 14 puntos para el BAI y el BDI-II (Sanz, 2013, 1014). Estos porcentajes fueron comparados en las dos condiciones experimentales (tratamiento y control) a través de tablas de contingencia y mediante pruebas χ^2 . Por último, para determinar la existencia de un cambio clínicamente

⁴ Estrictamente, el tamaño del efecto es un concepto distinto del de significación clínica. El primero se refiere a la magnitud de un fenómeno, por ejemplo, a la magnitud de una relación entre dos variables o a la magnitud de la diferencia entre el pretratamiento y el postratamiento o entre el grupo de tratamiento y el grupo de control, mientras que el segundo se refiere a si esa magnitud tiene importancia o valor práctico, es decir, si la magnitud de esa relación o diferencia es importante para el paciente o para otras personas de su entorno, si supone un cambio real en sus vidas (Kazdin, 1992). Por tanto, cabría la posibilidad de encontrar tamaños del efecto grandes que aún así, por la patología del fenómeno, no supusieran un cambio real en la vida de los pacientes o de su entorno. Sin embargo, existe un fuerte relación entre ambos conceptos, ya que cuanto mayor es el tamaño del efecto más probabilidad hay de que ese efecto sea clínicamente significativo. Por esta razón, y porque en esta tesis doctoral se utilizan otros indicadores de la significación clínica, el tamaño del efecto se ha considerado un indicador complementario de la significación clínica de los resultados terapéuticos.

significativo se utilizó el criterio del índice de cambio fiable (*Reliable Change Index; RCI*), propuesto también por Jacobson y Truax (1991; McGlinchey, Atkins y Jacobson, 2002), que marca a partir de cuándo el cambio en los datos (del pre al postratamiento, por ejemplo) puede ser considerado consistente, fiable, y, por tanto, no debido a fluctuaciones azarosas entre los momentos de medida o a errores del propio test. Según la adaptación de Sanz (2013, 2014; Sanz y García-Vera, 2015) el RCI es de 12 puntos para la PCL y 10 para el BDI-II y el BAI. Combinando la puntuación C con el RCI podría clasificarse a los pacientes en cuatro categorías (Jacobson y Truax, 1991; McGlinchey, Atkins y Jacobson, 2002): “*recuperados*”, “*mejorados*”, “*sin cambios*”, o “*empeorados*”. Por tanto, para nuestro propósito, un paciente cuya puntuación ha descendido 12 puntos o más en la PCL o 10 puntos en el BDI-II o el BAI podría considerarse *mejorado* de su TEPT o de sus trastornos ansioso-depresivos, respectivamente. Si además, su puntuación es menor de 29 en la PCL o menor de 14 en el BDI-II o el BAI podría considerarse *recuperado*. Sin embargo, si su puntuación no ha descendido 12 puntos en la PCL o 10 puntos en el BDI-II o el BAI, se podría considerar *sin cambios*, y si la puntuación no solo no ha descendido sino que ha aumentado 12 puntos o más en la PCL o 10 en el BDI-II o el BAI se podría considerar que ha *empeorado*. Así, se calculó el porcentaje de cada categoría (“*recuperados*”, “*mejorados*”, “*sin cambios*”, o “*empeorados*”) y en cada grupo (tratamiento y lista de espera) y se realizaron comparaciones con tablas de contingencia y el estadístico χ^2 .

2. Después del análisis de los postratamientos, se realizaron análisis con los datos obtenidos por los participantes del grupo de tratamiento a largo plazo, es decir, a los 6 meses de seguimiento (véase la figura 3). Puesto que en esta ocasión no había un grupo de control de seguimiento con el que hacer comparaciones, se hicieron solamente análisis de comparación entre la evaluación pretratamiento y la evaluación de seguimiento. Estos análisis pre-post (pre-seguimiento), tal y como se ha explicado

anteriormente, se hicieron con pruebas de McNemar en el caso de los diagnósticos y con pruebas t de Student para muestras repetidas, en el caso de las variables de sintomatología. Además, estos análisis se realizaron con la muestra de completos (en este caso $n = 18$) y con la muestra de intención de tratar ($n = 35$), en la que se incluían los pacientes que abandonaron el tratamiento o el seguimiento y en caso de haberlos, todos los valores perdidos en el seguimiento. Para los seguimientos, tal y como se ha explicado con anterioridad, los diagnósticos de los casos de abandono se rellenaron con los diagnósticos pretratamiento. En cuanto a las puntuaciones, al considerarse que el uso de las puntuaciones de postratamiento como últimas medidas disponibles para aquellas personas que, habiendo completado el tratamiento, no habían hecho el seguimiento, no era adoptar un criterio exigente (puesto que previsiblemente, los efectos del tratamiento podían ser mejores en el postratamiento, que tras 6 meses sin el mismo), se optó por utilizar únicamente el criterio conservador y sustituir todas las puntuaciones perdidas del seguimiento por las puntuaciones pretratamiento (véase la tabla 16).

3. En tercer lugar (véase la figura 3), se realizaron análisis pre-post para todos aquellos pacientes que habían completado el tratamiento y el seguimiento a 6 meses ($n = 40$ para el tratamiento y $n = 31$ para el seguimiento), sumando a los que ya había del grupo experimental ($n = 25$ para el tratamiento y $n = 18$ para el seguimiento) aquellos del grupo control, que tras su tiempo de espera, decidieron iniciar y completar la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma ($n = 15$ para el tratamiento y $n = 13$ para el seguimiento). Siguiendo el mismo esquema, se hicieron pruebas de McNemar en el caso de los diagnósticos y pruebas t de Student para muestras repetidas, en el caso de las variables de sintomatología. Los índices de significación clínica solamente se tuvieron en cuenta aquí de forma descriptiva, puesto que no había un grupo control con

el que comparar. En esta ocasión no se utilizó la metodología de intención de tratar, sino que simplemente se analizaron todos los casos completados.

4. En cuarto y último lugar, puesto que el 35% de nuestra muestra general de víctimas estaba tomando psicofármacos al inicio del estudio, se compararon los niveles de prevalencia diagnóstica, los niveles medios de sintomatología y sus reducciones así como los niveles de significación clínica, tanto en el pretratamiento, como en el postratamiento y el seguimiento entre las víctimas con y sin medicación adicional del grupo de tratamiento, todo ello tanto para las diferentes muestras de participantes que completaron el tratamiento y el seguimiento (muestra de personas del grupo de tratamiento que completan el tratamiento $-n = 25-$ y el seguimiento $-n = 18-$, muestra de personas del grupo de tratamiento y del grupo de control que completaron el tratamiento $-n = 40-$ y el seguimiento $-n = 31-$) como para sus respectivas muestras de intención de tratar ($n = 35$ para el tratamiento –según criterio más o menos conservador- y también $n = 35$ para el seguimiento –solamente según el criterio más conservador-). Las comparaciones entre grupos se hicieron mediante pruebas χ^2 para las variables categoriales (los diagnósticos y las variables de significación clínica) y mediante pruebas t de Student para dos muestras independientes en el caso de las variables continuas (sintomatología media y cambio medio en la sintomatología).

Tabla 16. Estrategia menos y más conservadora para la metodología de intención de tratar en el postratamiento y el seguimiento a 6 meses para el grupo de tratamiento o de lista de espera (LE)

	Pretratamiento		Postratamientos				Seguimientos 6 meses	
	Síntomatología		Diagnósticos		Síntomatología		Diag- nósticos	Síntomatología
	Abandonos Tratamiento (n = 1)	Valores perdidos LE (n = 2)	Abandonos Tratamiento (n = 10)	Abandonos Tratamiento (n = 10)	Valores Perdidos		Abandonos Tratamiento (n = 17)	
					Tratamiento (n = 2)	LE (n = 4)		
Criterio no conservador	Sesión 1 (n = 1; BDI-II)	-	Evaluación Pre	Sesión 1 Sesión 1 (última 2) Sesión 3 Sesión 3 (última 4) Sesión 5 (última 6) Sesión 5 (última 8) Sesión 7 Sesión 11 Sesión 11 (última 12) Sesión 11 (última 13)	Sesión 13 (n = 1; BDI-II) Sesión 15 (n = 1; PCL)	Evaluación Pre (n = 1; BDI-II) Evaluación pre (n = 3; PCL, BDI-II y BAI)	-	-
Criterio conservador	Sesión 1 (n = 1; BDI-II)	-	Evaluación Pre	Evaluación Pre	Evaluación Pre	Evaluación Pre	Evaluación Pre	Evaluación Pre

Nota. PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck.

Capítulo 6:

Resultados

Tal y como se explicaba en el epígrafe anterior, los análisis estadísticos, y por ende, los resultados, se centraron en cuatro ejes: 1) eficacia del tratamiento a corto plazo (en el postratamiento); 2) eficacia del tratamiento a largo plazo (a los 6 meses de finalizar la terapia); 3) eficacia del tratamiento con todos los postratamientos y seguimientos completos (grupo de tratamiento y lista de espera) y 4) eficacia del tratamiento combinado con otros tratamientos psicológicos y/o psicofarmacológicos. Todo lo cual, aparecerá referido a continuación y en el mismo orden.

6.1 Eficacia del tratamiento a corto plazo

A su vez y según lo que ya se mencionó anteriormente, la eficacia del tratamiento en el postratamiento se realizó teniendo en cuenta dos puntos de vista: el análisis de postratamiento con los pacientes que habían completado el proceso de investigación (análisis de completos) y el análisis de postratamiento no solo con los datos de estos pacientes que habían completado el proceso de investigación, sino también con los de los pacientes que lo habían abandonado (en el caso del grupo experimental) y el resto de valores perdidos, es decir, los análisis de intención de tratar. Asimismo, en cada una de estas muestras, de completos y de intención de tratar, se llevaron a cabo análisis de tres tipos: análisis comparativos de la presencia o ausencia de diagnósticos, análisis comparativos del nivel medio de sintomatología postraumática y ansioso-depresiva y análisis comparativos de la significación clínica.

6.1.1 Análisis de eficacia con la muestra de postratamientos completos

En este apartado se compararán los resultados en el postratamiento de la submuestra de personas que completaron el tratamiento ($n = 25$ para el grupo de

Capítulo 6: Resultados

tratamiento) con la submuestra de personas que completaron la lista de espera ($n = 50$ para el grupo de lista de espera), todo ello desde el punto de vista diagnóstico, sintomatológico y de la significación clínica.

6.1.1.1 Análisis de la eficacia en función de la presencia de TEPT, trastornos de ansiedad o depresión diagnosticables

La figura 7 representa la prevalencia comparada de los diagnósticos al empezar y finalizar el tratamiento en el grupo de personas asignadas a la condición experimental que completaron el tratamiento ($n = 25$). Atendiendo a esta información y en cuanto al pretratamiento, observamos que, aunque aproximadamente la mitad de la muestra (48%) tenía un TEPT antes de comenzar el tratamiento, el diagnóstico postraumático no fue para esta submuestra el más prevalente, sino que en este caso la patología más frecuente fue el TDM (56%). Por su parte, los trastornos de ansiedad diferentes al TEPT, tenidos en cuenta en su conjunto, representaban una parte muy significativa de la muestra (80%), no así cuando se toman en cuenta individualmente (véase la figura 7).

Todo esto, además, fue coherente con la distribución y la comorbilidad del TEPT con otros trastornos. Tal y como puede apreciarse en la figura 8, en la evaluación pretratamiento y para este grupo experimental de completos, el TEPT no se presentaba de manera aislada en ninguno de los casos, apareciendo siempre acompañado de otro trastorno. Entre las diferentes combinaciones, la que se produjo con mayor frecuencia fue la de TEPT, algún trastorno de ansiedad y algún trastorno depresivo, que supuso un 58,4% de las personas diagnosticadas con TEPT y un 28% de la muestra total. A continuación estaría el porcentaje de personas diagnosticadas con TEPT y otros trastornos depresivos y a más distancia, la simultaneidad entre TEPT y otros trastornos de ansiedad, que supusieron un 33,3% y un 8,3% respectivamente de las personas diagnosticadas con TEPT, así como un 16% y 4% de la muestra total. La comorbilidad

entre otros trastornos de ansiedad y trastornos depresivos supuso en esta ocasión un 8% de la muestra total.

En cuanto al postratamiento de las personas del grupo de tratamiento que completaron toda la intervención, puede observarse que la mayoría de los diagnósticos y grupos diagnósticos descendieron a un porcentaje de 0%, lo cual fue especialmente llamativo en los grupos más prevalentes, como eran el TEPT y el TDM, tanto en sus manifestaciones aisladas como en su forma comórbida. Quedó, no obstante, un porcentaje del grupo más numeroso de personas diagnosticadas con otros trastornos de ansiedad (un 28%) y, de manera coherente, otro porcentaje residual de personas con comorbilidad ansioso-depresiva general (4%), y puesto que no hubo TDM diagnosticados en el post, con la distimia como representante de la parte depresiva de esas comorbilidades.

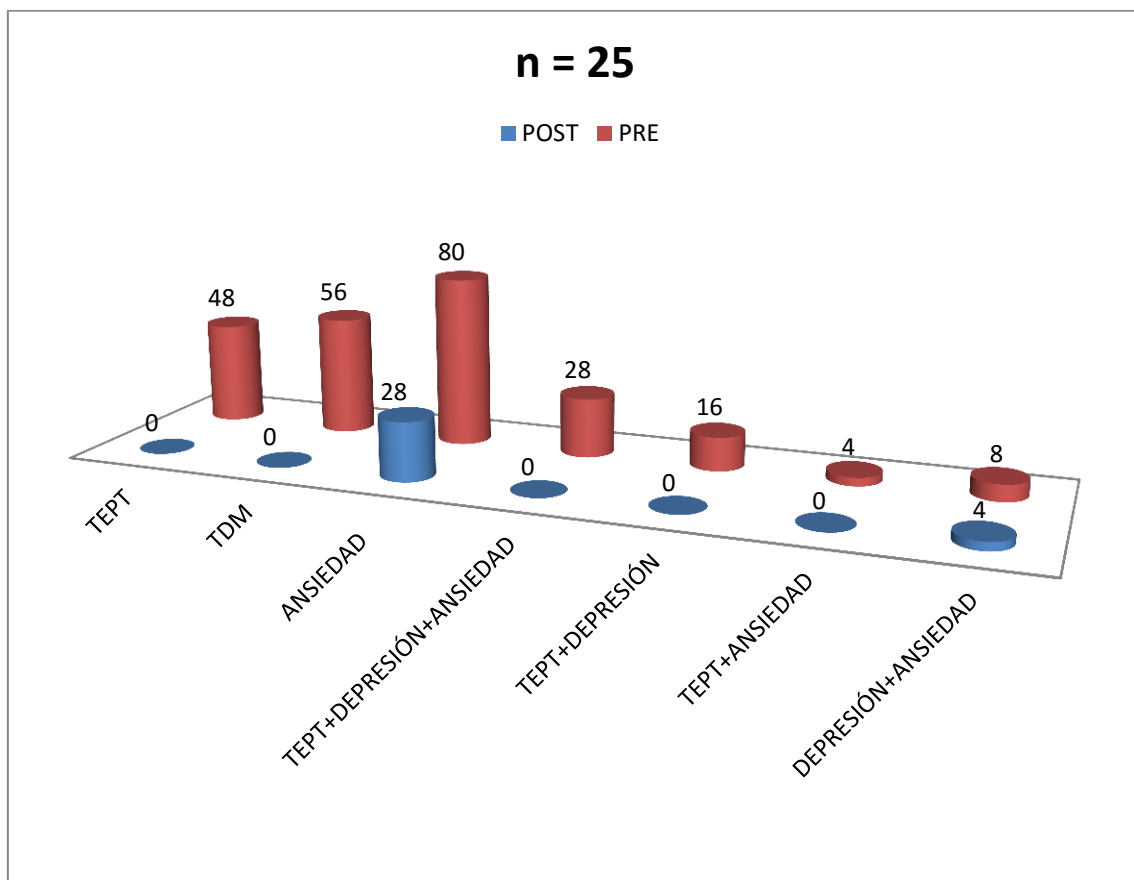


Figura 7. Prevalencia (%) de TEPT, TDM, trastornos ansiosos y comorbilidades en la evaluación pretratamiento y postratamiento del grupo de tratamiento (muestra de completos)

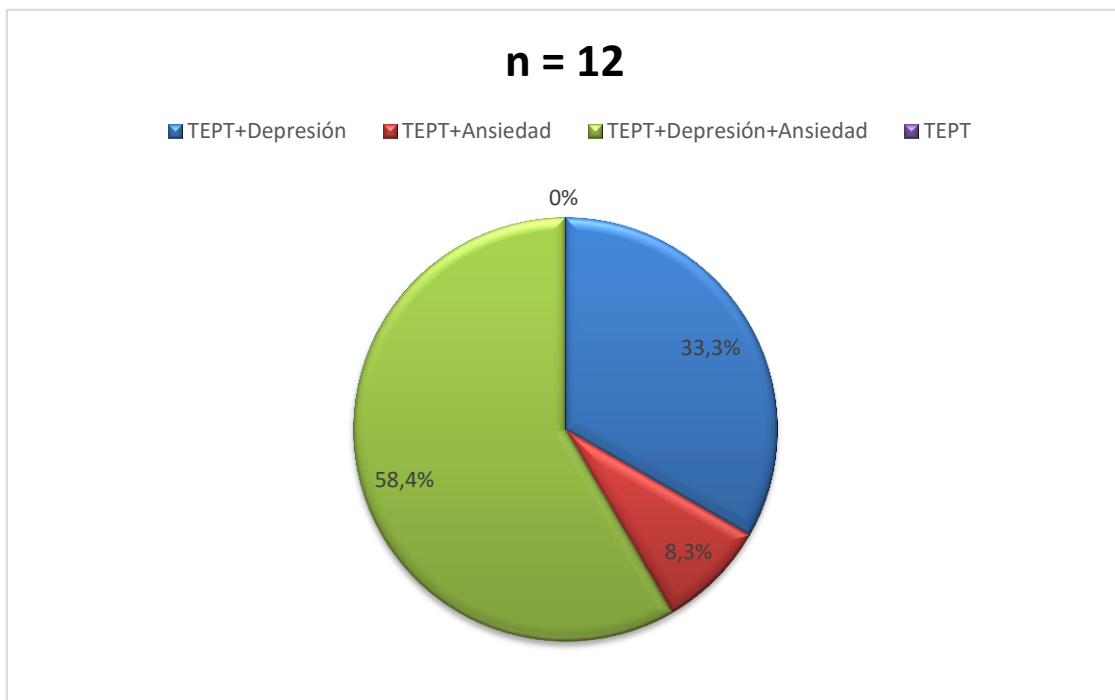


Figura 8. Distribución de las formas de presentación del TEPT en la evaluación pretratamiento del grupo de tratamiento (muestra de completos)

Por otro lado, en el grupo de control y en la fase de pretratamiento el trastorno más prevalente sí fue el TEPT, con un 58% de los participantes diagnosticados (véase la figura 9). Tal y como ocurría en la muestra general, el TDM fue el segundo trastorno más frecuente (40%) y además, la categoría conjunta de otros trastornos de ansiedad siguió suponiendo el grupo más numeroso con un 70% de las personas diagnosticadas (véase la figura 9). A diferencia de lo que ocurría en el grupo de tratamiento, en el grupo de control sí existió en la evaluación pretratamiento un porcentaje significativo de personas diagnosticadas con TEPT de manera aislada, que supuso un 24,1% de los diagnósticos postraumáticos (véase la figura 10). Sin embargo, tal y como ocurría con la muestra general, la comorbilidad del TEPT con otras patologías fue muy alta. De hecho, el grupo más numeroso de diagnóstico de TEPT se construyó en conjunto con otros trastornos depresivos y con otros trastornos de ansiedad, lo que supuso un 37,9% de la submuestra diagnosticada con TEPT y un 22% de la muestra general (véanse las figuras

9 y 10). El grupo de pacientes diagnosticados con TEPT y otros trastornos depresivos o con TEPT y otros trastornos ansiosos fue menos numeroso pero también reseñable, pues supuso un 20,7% y 17,3% de la submuestra TEPT y un 12% y 10% respectivamente, de la muestra general (véanse las figuras 9 y 10). La comorbilidad entre otros trastornos depresivos y de ansiedad supuso en el pretratamiento de los casos de grupo control que finalmente completan su lista de espera un 8% (véase la figura 9).

En cuanto al post, se observa una ligera disminución de todas las categorías diagnósticas, a excepción de la comorbilidad entre TEPT y ansiedad, que no solo no se redujo sino que aumentó de un 10% a un 16%. Las prevalencias, además, siguieron el mismo esquema, con el TEPT como trastorno más prevalente (50%), seguido del TDM (28%), con el grupo de diagnóstico más numeroso de personas con otros trastornos de ansiedad (68%) (véase la figura 9)

Por último, respecto a la distribución del TEPT en el postratamiento del grupo de control en la muestra de completos, puede observarse que también en este caso existió un porcentaje de personas que fueron diagnosticadas con TEPT de manera aislada (un 20% de todos los diagnosticados con TEPT). Sin embargo, una vez más, en la mayoría de las ocasiones la patología postraumática aparecía de manera comórbida a otras patologías depresivas o ansiosas, pero en este caso con la prevalencia más alta en el grupo de TEPT y otros trastornos de ansiedad, que no en balde habían aumentado del pretratamiento al postratamiento y que supusieron un 32% de la muestra de personas diagnosticadas con TEPT y un 16% de la muestra total. Con porcentajes menores aparecían en esta ocasión la triple comorbilidad (TEPT, otros trastornos depresivos y de ansiedad) y la conjunción entre TEPT y trastornos depresivos, que suponían un 28% y 20% de la submuestra TEPT y un 14% y 10% de la muestra general. La prevalencia en el postratamiento del grupo control de la comorbilidad entre trastornos depresivos y ansiosos fue del 2%.

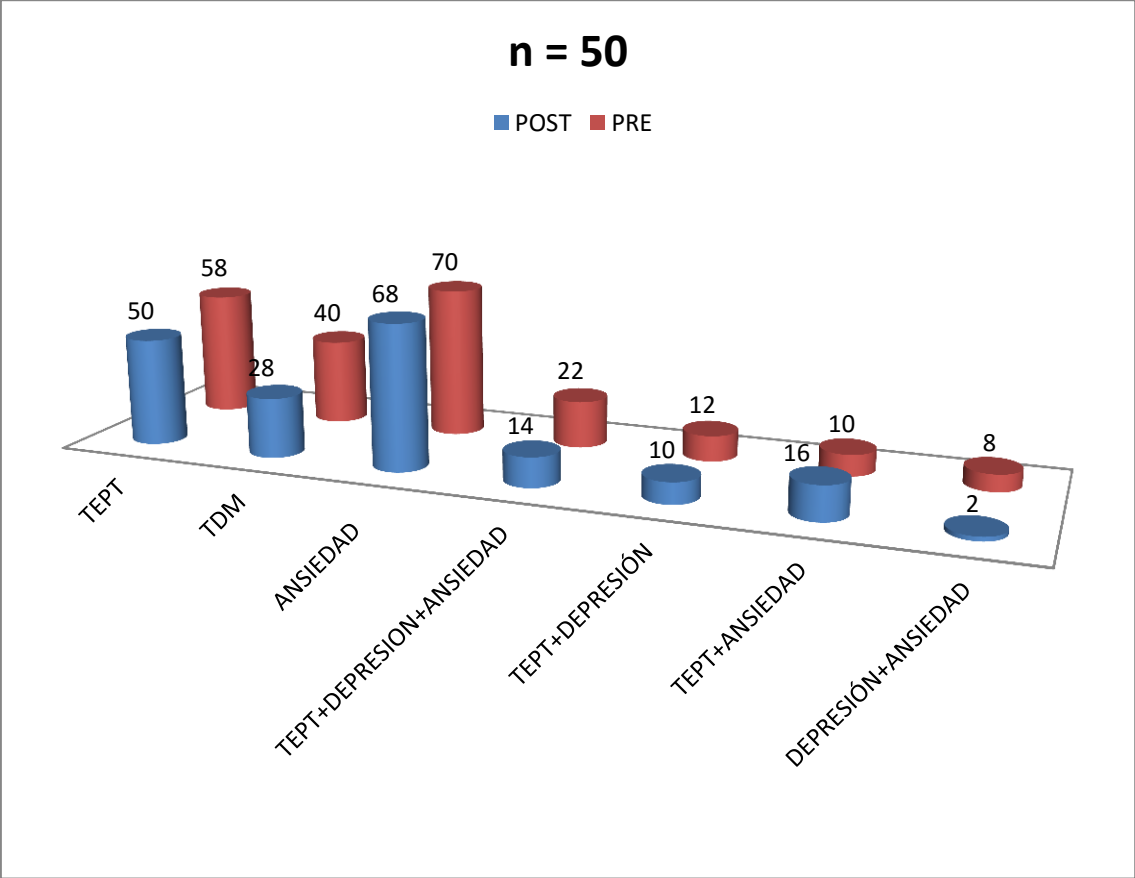


Figura 9. Prevalencia (%) de TEPT, TDM, trastornos ansiosos y comorbilidades en la evaluación pretratamiento y postratamiento del grupo de control (muestra de completos)

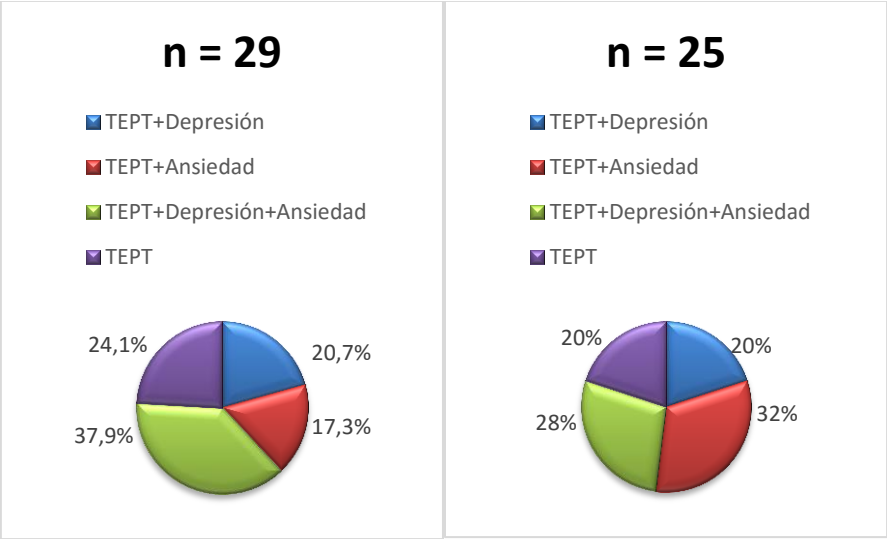


Figura 10. Distribución de las formas de presentación del TEPT en la evaluación pretratamiento y postratamiento del grupo de control (muestra de completos)

Más allá de la descripción y distribución de los diferentes trastornos en los diferentes grupos o condiciones experimentales, el análisis de eficacia requiere de un análisis de las diferencias entre ambos y de la significación estadística de estas diferencias. Por tanto, en la tabla 17 se muestra la prevalencia del TEPT, el TDM y los trastornos de ansiedad tanto para el grupo de control como para el grupo de tratamiento y en los diferentes momentos de evaluación (pre y post), aunque teniendo en cuenta solamente a los 75 participantes que completaron el tratamiento ($n = 25$) o el postratamiento de lista de espera ($n = 50$).

Los resultados que se presentan en la tabla 17 sobre las pruebas χ^2 indicaban que en el postratamiento, el porcentaje de casos diagnosticados con TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad era significativamente menor en el grupo de tratamiento que en el grupo de control (con $p < ,001$ para el TEPT y con $p < ,01$ para el TDM y otros trastornos de ansiedad), significación estadística que no se trasladaba cuando de lo que hablamos es de las diferencias entre los distintos subgrupos de comorbilidades.

Por otro lado, si se examinan las diferencias pre/post para cada condición experimental (tratamiento y control), mediante las pruebas de McNemar, puede observarse en la misma tabla 17 que, para el grupo de tratamiento, la prevalencia del TEPT y del TDM disminuía de forma estadísticamente significativa ($p < ,001$) en el postratamiento. De hecho, tal y como se recordará, el porcentaje de pacientes con diagnóstico pasaba de un 56% para el TDM y de un 48% para el TEPT en el pretratamiento a un 0% para ambos trastornos en el postratamiento. Aunque en los trastornos de ansiedad distintos al TEPT la reducción pre-post no fue completa, sí reflejó un descenso estadísticamente significativo ($p < ,001$) de la prevalencia de 52 puntos porcentuales, de manera que la prevalencia pasó de 80% en el pretratamiento al 28% en el postratamiento. Por otro lado, también es reseñable considerar que la comorbilidad más importante, la que se da entre TEPT, depresión y ansiedad, de manera

Capítulo 6: Resultados

coherente a todo lo anterior, también muestra una reducción completa (de 28% a 0%) y significativa ($p < ,05$), no así el resto de comorbilidades, que por otro lado, tienen un tamaño muestral mucho menor y por tanto, mucha menos potencia estadística.

Por su parte, en el grupo de control, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el postratamiento en cuanto al porcentaje de pacientes con diagnóstico de TEPT, de TDM o de otros trastornos de ansiedad. En concreto, en el grupo de control se encontraron disminuciones pre-post en el diagnóstico de TEPT y de TDM de tan solo 8 y 12 puntos porcentuales que no fueron estadísticamente significativas. Lo mismo ocurrió para el grupo más amplio de trastornos ansiosos, donde la diferencia porcentual fue de solo 2 puntos porcentuales y por tanto, tampoco significativa. En cuanto a las comorbilidades también existieron reducciones pero ninguna de ellas significativa, ni siquiera la del grupo de TEPT ansiedad y depresión, donde la reducción fue de 8 puntos porcentuales. En el caso, incluso, de la comorbilidad entre TEPT y el grupo de trastornos de ansiedad, el porcentaje de pacientes diagnosticados no solo no disminuyó del pre al postratamiento, sino que aumentó en 6 puntos porcentuales.

6.1.1.2 Análisis de la eficacia en función de la reducción en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad.

En cuanto al análisis del segundo índice de eficacia, basado en la sintomatología, en las figuras 11, 12 y 13 se representa la puntuación media que obtuvieron tanto en el pretratamiento como en el postratamiento, cada uno de los dos grupos del presente estudio y en cada uno de los tres cuestionarios que medían la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad. Así, tal y como observamos en la figura 11, que hace referencia al PCL, cuestionario que mide sintomatología postraumática, aunque la puntuación media de las personas que formaban parte del grupo de tratamiento era

ligeramente superior a la del grupo de control (sin diferencias significativas en este aspecto, tal y como se ha aclarado anteriormente), ambas se encontraban muy por encima de la “puntuación C”, a la que ya se hizo alusión anteriormente y que para este cuestionario en concreto es de 29 puntos (Sanz, y García-Vera, 2015). Por otro lado, aunque las dos puntuaciones disminuyeron en el postratamiento, en el grupo de tratamiento ($n = 23$) este decremento fue mucho mayor, pasando la media de 42,61 ($DT = 16,342$) a 25,57 ($DT = 5,751$), mientras que en el grupo de control ($n = 45$) este decremento fue de una media de 41,6 ($DT = 14,537$) a 37,27 ($DT = 15,220$). Además, parecía haber una importante diferencia entre el grupo de tratamiento y el grupo control en el postratamiento, siendo, en todo caso, el grupo experimental el único cuya puntuación post disminuía más allá de la puntuación C.

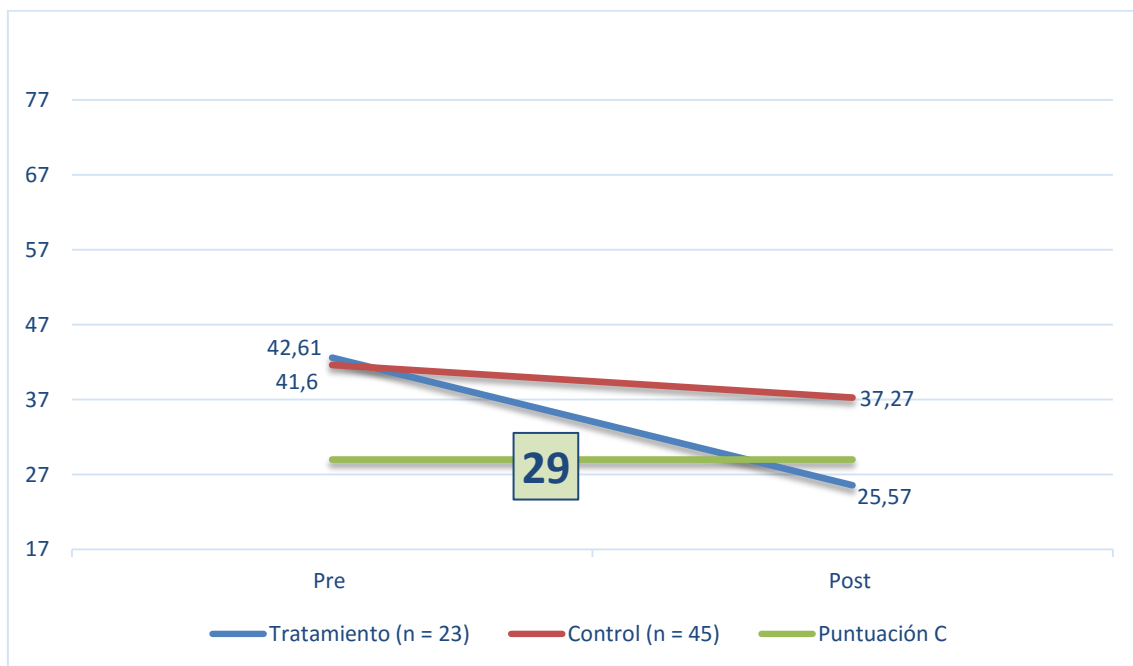


Figura 11. Comparación con la puntuación C de las puntuaciones medias en sintomatología postraumática (medida mediante la PCL) del grupo de tratamiento y de control en las evaluaciones pre y postratamiento (muestra de completos).

Capítulo 6: Resultados

En el caso del BDI-II, el grupo de tratamiento empezó con una puntuación previa ligeramente superior al grupo de control, aunque sin diferencias significativas entre ellas y en todo caso, ambas por encima del punto de corte de 14, que marca la diferencia entre una puntuación clínicamente significativa y una que no lo es, también conocida como “puntuación C” (Sanz, 2014). En cuanto a la evolución de esas puntuaciones, tal y como ocurría en la PCL, en el BDI-II existió un decremento en los dos grupos examinados, aunque, también como entonces, la disminución en el grupo de tratamiento ($n = 24$) fue mayor, pasando la media de 21,54 ($DT = 14,383$) a 7,63 ($DT = 8,256$), mientras que en el grupo de control ($n = 44$) los participantes partieron de una media de 19,25 ($DT = 12,692$) y tras la lista de espera acaban teniendo una media de 15,75 ($DT = 12,350$). En todo caso, el grupo de tratamiento fue el único que en el postratamiento tuvo una puntuación menor que la establecida por el punto de corte de 14.

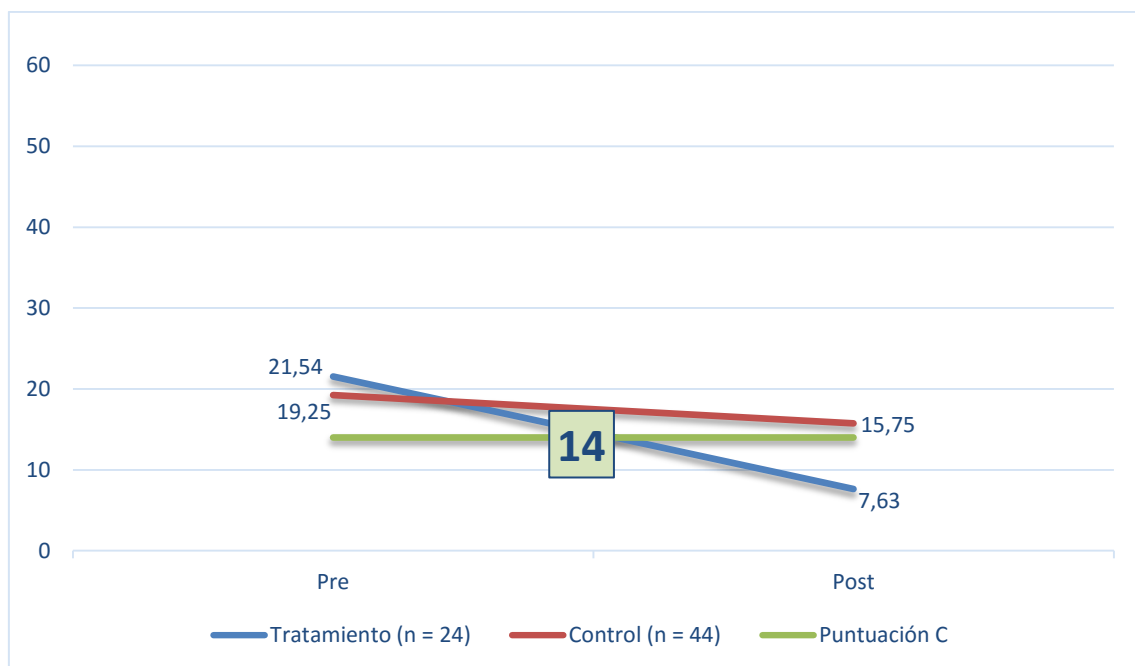


Figura 12. Comparación con la puntuación C de las puntuaciones medias en sintomatología depresiva (medida mediante el BDI-II) del grupo de tratamiento y de control en las evaluaciones pre y postratamiento (muestra de completos).

Por último y en lo que se refiere a la sintomatología de ansiedad, en general, medida mediante el BAI, en esta ocasión el grupo de control partió de una puntuación superior al de tratamiento (sin diferencias significativas entre ambas), aunque nuevamente, ambas por encima del punto de corte establecido para marcar la significación clínica, en este caso, también 14. En esta ocasión, además, el patrón de descenso se repetía, disminuyendo puntuaciones ambos grupos, aunque con una disminución mucho más acusada en el grupo de tratamiento ($n = 24$) que pasó de un 16,88 ($DT = 12,481$) a un 4,96 ($DT = 6,497$), mientras que en el grupo control ($n = 45$) este camino se recorrió desde una puntuación de 19,18 ($DT = 15,070$) a una de 15,91 ($DT = 13,271$), siendo el grupo de tratamiento el único que consiguió rebasar el punto de corte y además, en esta ocasión de maneras más pronunciada que las anteriores.

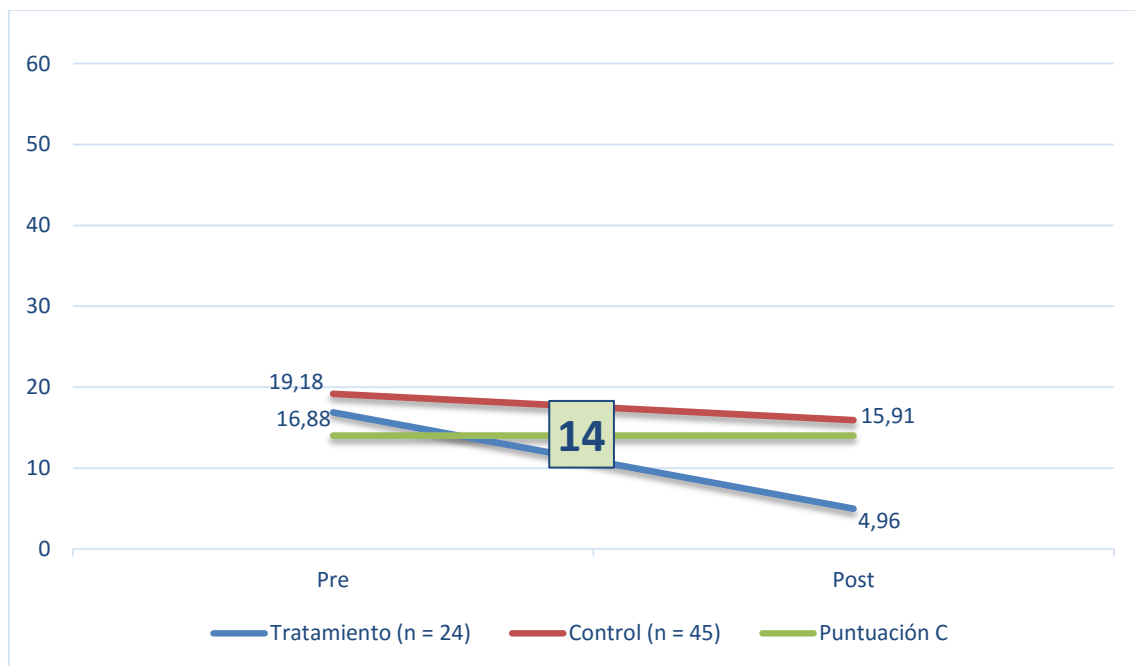


Figura 13. Comparación con la puntuación C de las puntuaciones medias en sintomatología ansiosa (medida mediante el BAI) del grupo de tratamiento y de control en las evaluaciones pre y postratamiento (muestra de completos).

Para contrastar la diferencia entre las puntuaciones postratamiento de uno y otro grupo se realizaron pruebas ANOVA para medidas repetidas, en las que se tuvieron en cuenta no solo las puntuaciones medias en el postratamiento, sino también la variabilidad de éstas en función del tiempo (la variable intrasujeto pre/post). Tal y como aparece en la tabla 18 y empezando por la sintomatología postraumática (PCL), el ANOVA refleja un efecto significativo del tiempo ($p < ,001$) en las puntuaciones postratamiento de los dos grupos, lo que quiere decir que existía una diferencia significativa entre las puntuaciones en sintomatología postraumática pre y postratamiento, cuando se consideró la muestra en su conjunto (incluyendo al grupo de tratamiento y al grupo control).

Para comprobar además, si esta diferencia pre/post se daba igual en cada una de las condiciones de tratamiento, se realizaron las pruebas t para medidas relacionadas que aparecen en la tabla 19. En ellas, podemos observar que tanto el grupo de tratamiento como el grupo de control tenía un descenso significativo de la sintomatología postraumática desde el pretratamiento hasta el postratamiento, aunque la significación era mayor para el grupo de tratamiento ($p < ,001$ en tratamiento frente a $p < ,05$ en LE)

Los ANOVA de la tabla 18 también mostraron un efecto del tiempo significativo para la sintomatología depresiva y ansiosa de la muestra en su conjunto, de manera que existían diferencias significativas entre las puntuaciones medias en el BDI-II y el BAI pretratamiento y las puntuaciones medias en esos mismos cuestionarios en el postratamiento, para la muestra general ($p < ,001$). El análisis por grupos (véase la tabla 19) mostró efectivamente, un descenso de sintomatología ansioso-depresiva, tanto en el grupo de tratamiento como en el grupo control, siendo significativo el descenso para el grupo de tratamiento, tanto en el BDI-II como en el BAI ($p < ,001$), e incluso, en el

grupo de control, aunque en este caso solo para el BDI-II y con una significación menor ($p < ,05$).

Más allá de los efectos de la variable “tiempo”, los ANOVA que aparecen reflejados en la tabla 18 también arrojaron información sobre los efectos de la condición experimental y sobre la interacción entre ésta y el tiempo. Tal y como puede apreciarse, los análisis solo mostraron efectos significativos de la pertenencia a uno u otro grupo, sin tener en cuenta la variable tiempo, sobre la sintomatología ansiosa media evaluada con el BAI ($p < ,05$). Sin embargo, el efecto de la interacción está presente para todas las medidas, siendo especialmente significativo para la media de sintomatología postraumática y sintomatología depresiva ($p < ,001$), seguidas de la media en sintomatología ansiosa ($p < ,05$).

6.1.1.3 Análisis de la eficacia en función de la significación clínica

Independientemente de la significación estadística, se utilizaron diferentes índices para dar cuenta de la significación clínica de los resultados obtenidos con la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma: el tamaño del efecto (con el estadístico d de Cohen), la “puntuación C” y el porcentaje de pacientes de cada condición experimental que habían rebasado este punto de corte y por último, el “índice de cambio fiable”, con la categorización de los pacientes en *mejorados* (que incluye la categoría de *recuperados*), *sin cambios* y *empeorados*, estableciendo comparaciones entre el grupo de tratamiento y el grupo de control para estos dos últimos índices.

En lo que respecta a los tamaños del efecto, se calcularon en relación a la sintomatología postraumática y ansioso-depresiva y de dos maneras, entre grupos (tratamiento frente a control en el postratamiento)⁵ y pre/post (para cada grupo,

⁵ La estandarización de las diferencias de medias viene dada por la desviación conjunta de los dos grupos calculada en los análisis de varianza ANOVA.

tratamiento y control)⁶. Si observamos nuevamente la tabla 19, donde aparecen los tamaños del efecto pre/post, veremos que para el grupo de tratamiento el estadístico d de Cohen fue de 1,39 (para la PCL), 1,19 (para el BDI-II) y 1,20 (para el BAI), todos ellos considerados grandes, según los criterios del propio Cohen. Por contra, el estadístico d de Cohen para el grupo control fue de 0,29 (para la PCL), 0,28 (para el BDI-II) y 0,23 (para el BAI), todos ellos mucho menores y en todo caso, considerados como pequeños, según los estándares de Cohen. Por otro lado, los tamaños del efecto entre grupos, aquellos que miden el tamaño de la diferencia entre las puntuaciones medias del grupo de tratamiento y del grupo de control en el momento de postratamiento, fueron de tamaño grande para las medidas en la PCL y el BAI ($d = 0,84$ y $d = 0,88$ respectivamente) y medios para las medidas en el BDI-II ($d = 0,69$).

En segundo lugar y en lo que se refiere ya no tanto a la magnitud del cambio o de las diferencias entre grupos (al tamaño del efecto, en definitiva), sino al porcentaje de pacientes que tras el tratamiento se encontraron por debajo de la puntuación que marca el corte entre una distribución normal y una disfuncional, o lo que es lo mismo, la puntuación C (29 para la PCL y 14 para el BDI-II y el BAI, véase Sanz, 2013, 2014 y Sanz, y García-Vera, 2015), en la figura 14, puede observarse que en el grupo experimental y después del tratamiento un 91,7% ($n = 24$) de los pacientes habían disminuido sus puntuaciones en el BDI-II y en el BAI por debajo del punto de corte, mientras que un 78,3% ($n = 23$) habían hecho lo propio para la PCL. En el grupo de control, sin embargo, solo un 52,2% ($n = 46$) y 51,1% ($n = 47$) habían pasado el punto de corte en el BDI-II y el BAI respectivamente y un 40,4% ($n = 47$) lo había hecho en la PCL (véase la figura 15).

⁶ Se utiliza el estadístico d_{av} , según el cual la estandarización de las diferencias de medias viene dada por la raíz cuadrada de la media de las desviaciones al cuadrado.

Las pruebas de χ^2 para examinar las diferencias entre los porcentajes del grupo de tratamiento y del grupo de control mostraron que en el primero había porcentajes significativamente mayores de pacientes que habían rebajado la puntuación C en el postratamiento y para todos los cuestionarios, aunque, coherentemente con los datos en bruto, con una significación mayor para el BDI-II y el BAI ($p < ,001$ para ambos) que para la PCL ($p < ,01$) (véase la tabla 20).

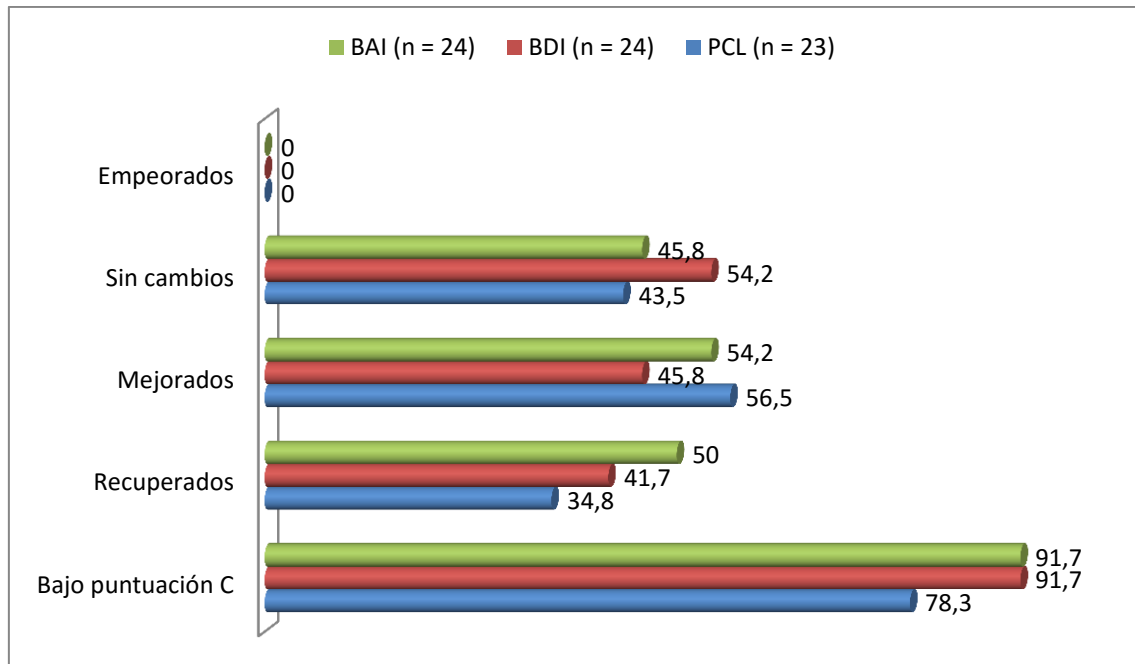


Figura 14. Porcentaje de pacientes empeorados, sin cambios, mejorados, recuperados y con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación postratamiento del grupo tratamiento (muestra de postratamientos completos).

Si tenemos en cuenta el criterio más exigente de Jacobson y Truax del índice de cambio fiable o RCI (1991; McGlinchey, Atkins y Jacobson, 2002), que marca a partir de cuándo el cambio en los datos pre-post puede ser considerado fiable, la muestra, en este caso, del grupo de tratamiento, quedaba dividida de la siguiente manera: un 56,5%, un 45,8% y un 54,2% de los casos habrían *mejorado* su trastorno de estrés postraumático (según la PCL), sus trastornos depresivos (según el BDI-II) y sus trastornos ansiosos (según el BAI), respectivamente, lo que quiere decir que habrían disminuido su puntuación en 12 o más puntos para la PCL y en 10 o más puntos en el

Capítulo 6: Resultados

BDI-II y el BAI. Un 34,8%, un 41,7% y un 50% se podrían considerar *recuperados* de sus trastorno de estrés postraumático y de sus trastornos depresivos y ansiosos respectivamente, puesto que, además de disminuir su puntuación en 12 o 10 puntos, la habrían conseguido rebajar por debajo de la puntuación de corte. Un 43,5%, un 54,2% y un 45,8% permanecerían *sin cambios* para sus trastornos (medidos con la PCL, BDI-II y BAI respectivamente), aunque ninguna persona habría empeorado tras el tratamiento (véase la figura 14).

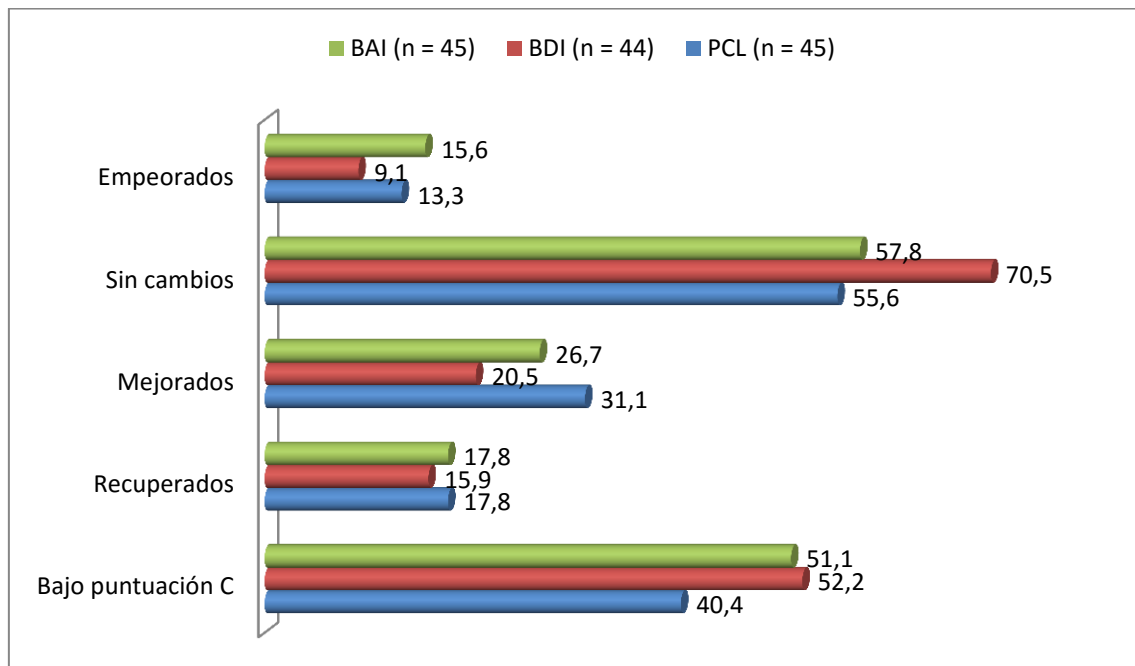


Figura 15. Porcentaje de pacientes empeorados, sin cambios, mejorados, recuperados y con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación postratamiento del grupo control (muestra de postratamientos completos).

En el grupo de control, el porcentaje de pacientes *mejorados* sería menor, de 31,1%, 20,5% y 26,7% para la PCL, el BDI-II y el BAI, en este orden. Además, un 17,8% se habrían *recuperado* para sus trastornos de estrés postraumático y otros trastornos de ansiedad (según la PCL y el BAI) y un 15,9% lo habría hecho para los trastornos depresivos (según el BDI-II). Un porcentaje mayor de personas, de 55,6%, 70,5% y 57,8% permanecerían *sin cambios* en la PCL, el BDI-II y el BAI y un 13,3%,

9,1% y 15,6% habrían incluso *empeorado* para sus trastornos de estrés postraumático, depresivos y ansiosos.

Los resultados de la prueba *chi2* que aparecen en la tabla 20 muestran que el porcentaje de pacientes mejorados y recuperados es significativamente mayor para el grupo de tratamiento, en todos los cuestionarios en el caso de los pacientes mejorados ($p < ,05$ en todos ellos) y en el BDI-II y el BAI en el caso de los pacientes recuperados ($p < ,05$ en el BDI-II y $p < ,01$ en el BAI). No se dieron, sin embargo, diferencias significativas entre los pacientes sin cambios y empeorados.

Tabla 17. Diferencias en la muestra de postratamientos completos en la prevalencia del TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades entre el pretratamiento (Pre) y el postratamiento (Post) para cada condición experimental (grupo de tratamiento y grupo de lista de espera o LE) y entre ambas condiciones en el postratamiento y significación de las pruebas de McNemar y χ^2 .

Trastornos mentales	Análisis del grupo de tratamiento (prueba de McNemar)		Análisis del grupo de LE (prueba de McNemar)		Análisis en el postratamiento (prueba de χ^2)	
	Pre (n = 25)	Post (n = 25)	Pre (n = 50)	Post (n = 50)	Tratamiento (n = 25)	LE (n = 50)
TEPT	48	0***	58	50	0***	50
TDM	56	0***	40	28	0**	28
Otros trastornos de ansiedad	80	28***	70	68	28**	68
TEPT+Depresión+Ansiedad	28	0*	22	14	0	14
TEPT+Depresión	16	0	12	10	0	10
TEPT+Ansiedad	4	0	10	16	0	16
Depresión+Ansiedad	8	4	8	2	4	2

Nota. Todos los valores son porcentajes. Se aplica la corrección de Yates a la prueba χ^2 cuando al menos el valor de una frecuencia esperada es menor que 5. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$. **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$. ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

Tabla 18. Niveles medios en la muestra de postratamientos completos de sintomatología psicológica por condición experimental en el postratamiento, resultados del ANOVA [momento de evaluación (pre-post) x grupo (tratamiento-lista de espera)] y tamaño del efecto de la diferencia entre grupos

Sintomatología	Análisis del postratamiento					<i>d</i> (entre grupos)
	Grupo de tratamiento	Grupo de lista de espera (LE)	Resultados del ANOVA momento x grupo			
			<i>F</i> del efecto pre/post	<i>F</i> del efecto tratamiento/LE	<i>F</i> del efecto de interacción	
Estrés pos-traumático (PCL) (<i>tratamiento</i> <i>n</i> =23; <i>LE</i> <i>n</i> =45)	25,57 (5,751)	37,27 (15,220)	37,222***	2,882	13,159***	0,84
Depresión (BDI-II) (<i>tratamiento</i> <i>n</i> =24; <i>LE</i> <i>n</i> =44)	7,63 (8,256)	15,75 (12,350)	34,043***	1,144	12,177***	0,69
Ansiedad (BAI) (<i>tratamiento</i> <i>n</i> =24; <i>LE</i> <i>n</i> =45)	4,96 (6,497)	15,91 (13,271)	20,466 ***	5,621*	6,643*	0,88

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se indique otra cosa. Pre = pretratamiento. Post = postratamiento. *d* = estadístico *d* de Cohen de tamaño del efecto (diferencia estandarizada entre las medias en el postratamiento del grupo de tratamiento y de LE). PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$; **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$; ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

Tabla 19. Comparación en la muestra de postratamientos completos de los niveles medios de sintomatología psicológica entre el pretratamiento (Pre) y el postratamiento (Post) para cada condición experimental, significación de las pruebas de *t* de Student y tamaños del efecto pre/post para cada grupo.

Sintomatología	Análisis del grupo de tratamiento (<i>t</i> de Student)			Análisis del grupo de control (<i>t</i> de Student)		
	Pre	Post	<i>d</i> (pre/post)	Pre	Post	<i>d</i> (pre/post)
Estrés pos-traumático (PCL) (tratamiento <i>n</i> =23; LE <i>n</i> =45)	42,61 (16,342)	25,57*** (5,751)	1,39	41,60 (14,537)	37,27* (15,220)	0,29
Depresión (BDI-II) (tratamiento <i>n</i> =24; LE <i>n</i> =44)	21,54 (14,383)	7,63*** (8,256)	1,19	19,25 (12,692)	15,75* (12,350)	0,28
Ansiedad (BAI) (tratamiento <i>n</i> =24; LE <i>n</i> =45)	16,88 (12,481)	4,96*** (6,497)	1,20	19,18 (15,070)	15,91 (13,271)	0,23

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se indique otra cosa. Pre = pretratamiento. Post = postratamiento. *d* = estadístico *d* de Cohen de tamaño del efecto (diferencia estandarizada entre medias pretratamiento/postratamiento para cada condición). PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$; **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$; ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

Tabla 20. Diferencias en la muestra de postratamientos completos en el porcentaje de pacientes con puntuaciones inferiores a la puntuación C y porcentaje de pacientes mejorados (y recuperados), sin cambios y empeorados en el postratamiento en cada cuestionario (PCL, BDI-II y BAI) y entre cada condición experimental (grupo de tratamiento y grupo de lista de espera o LE) y significación de las pruebas χ^2 .

Medida de significación clínica	Grupo de tratamiento			Grupo de lista de espera (LE)		
	Estrés Postraumático (PCL) (n = 23)	Depresión (BDI-II) (n = 24)	Ansiedad (BAI) (n = 24)	Estrés Postraumático (PCL) (n = 45)	Depresión (BDI-II) (n = 44)	Ansiedad (BAI) (n = 45)
Por debajo de la Puntuación C	78,3**	91,7***	91,7***	40,4 (n = 47)	52,2 (n = 46)	51,1 (n = 47)
Mejorados	56,5*	45,8*	54,2*	31,1	20,5	26,7
Recuperados	34,8	41,7*	50**	17,8	15,9	17,8
Sin cambios	43,5	54,2	45,8	55,6	70,5	57,8
Empeorados	0	0	0	13,3	9,1	15,6

Nota. Todos los valores son porcentajes. Se aplica la corrección de Yates a la prueba χ^2 cuando al menos el valor de una frecuencia esperada es

menor que 5. PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$. **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$.

***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

6.1.2 Análisis de eficacia con la muestra de postratamientos con intención de tratar

En este apartado se compararán los resultados en el postratamiento de la submuestra de intención de tratar, que incluye en el grupo de tratamiento a todos aquéllos que completaron la terapia pero también a los que la abandonaron una vez iniciada ($n = 35$), con el grupo de control exactamente igual que para la muestra de completos ($n = 50$), todo ello, como en el apartado anterior, realizando análisis desde el punto de vista diagnóstico, sintomatológico y de la significación clínica. Sin embargo, es importante recordar aquí que en esta muestra de intención de tratar y para el análisis de la sintomatología y la significación clínica, no solo fueron completados los cuestionarios de las personas del grupo de tratamiento que habían abandonado la terapia, sino que también lo fueron todos los valores que se habían perdido, tanto del grupo de tratamiento como del grupo de control (recuérdese aquí, una vez más, que los cuestionarios no eran condición *sine qua non* para considerar la evaluación postratamiento completada). Los cuestionarios de los abandonos y de los datos perdidos, además, se cumplieron siguiendo dos criterios: uno menos conservador pero más realista en el que eran sustituidos por los últimos datos disponibles (correspondientes a los cuestionarios aplicados en las sesiones impares de la terapia) y uno más conservador, donde todos los datos, incluidos los del grupo experimental, eran rellenados con la información de la evaluación pretratamiento. Todo lo cual se expone a continuación.

6.1.2.1 Análisis de la eficacia en función de la presencia de TEPT, trastornos de ansiedad o depresión diagnosticables

En cuanto al diagnóstico, en la figura 16 se representa la prevalencia comparada de los diagnósticos pre y postratamiento en el grupo experimental. Es importante recordar aquí que la caracterización del grupo de control ya se hizo en el apartado anterior y que por tanto, no es necesario repetirla en este apartado (el grupo de control en las muestras de completos y de intención de tratar está compuesto por los mismos integrantes y a nivel diagnóstico, es idéntico, puesto que no había valores perdidos que completar).

Así, en el grupo de tratamiento de intención de tratar observamos que, nuevamente, aproximadamente la mitad de la muestra (48,6%) tenía un TEPT antes de comenzar el tratamiento y en este caso, el TEPT sí era el diagnóstico más prevalente, aunque exactamente con el mismo porcentaje que el TDM. Por otro lado, como también ocurría para la muestra total y la muestra de completos, los trastornos de ansiedad diferentes al TEPT, cuando son considerados en grupo, suponían la gran mayoría (80%).

Todo esto, además, era coherente con la distribución y la comorbilidad del TEPT con otros trastornos. Tal y como puede apreciarse en la figura 17 en el pretratamiento el TEPT no se presentaba aisladamente en ninguno de los casos, apareciendo siempre de manera conjunta a otros trastornos. Como en otras ocasiones, la comorbilidad que se producía con mayor frecuencia era la combinación de TEPT, algún trastorno de ansiedad y algún trastorno depresivo, que suponía un 52,9% de las personas diagnosticadas con TEPT y un 25,7% de la muestra total. A continuación estaría el porcentaje de personas diagnosticadas con TEPT y comorbilidad con otros trastornos depresivos (35,3% y 17,1% de la muestra total) y con más distancia, la pareja TEPT-ansiedad, que suponía un 11,8% de las personas diagnosticadas con TEPT, así como un

Capítulo 6: Resultados

5,7% de la muestra total. Los casos cuya comorbilidad se daba entre trastornos depresivos y ansiosos (diferentes al TEPT) supusieron un 8,6% de la muestra total.

En cuanto al postratamiento del grupo de tratamiento, puede observarse que en el análisis de intención de tratar no se dieron disminuciones a cero, puesto que los abandonos tenían en el postratamiento la misma patología, al menos, que se les diagnosticó en la evaluación pretratamiento. Sin embargo, los descensos parecían pronunciados en el caso del TEPT, donde el decremento pre-post fue de 34,3 puntos porcentuales y todavía más en el caso del TDM, donde este decremento fue de 40 puntos porcentuales. El grupo de trastornos de ansiedad también tuvo un decremento elevado, de 37,1 puntos porcentuales, y, lógicamente, esto se acompañó de disminuciones en las comorbilidades, fundamentalmente en la del grupo más numeroso, que seguía siendo aquél que combinaba la patología postraumática con otras ansioso-depresivas, donde el decremento se dio en 20 puntos porcentuales (véase la figura 16). Por último, indicar que también en el postratamiento la distribución del TEPT fue similar a la que se daba en la evaluación pretratamiento de intención de tratar. Así, tampoco en este caso la patología aparecía de manera aislada, sino que lo hacía acompañada en todos los casos, de otros trastornos, sobre todo, de trastornos depresivos y ansiosos a la vez, en un 40% de los casos diagnosticados y exactamente con el mismo porcentaje de trastornos depresivos solamente, lo que además, supuso un 5,7% de la muestra en general para ambos casos. Por último, en un 20% de las ocasiones (2,9% en la muestra general) el TEPT aparecería junto con otros trastornos de ansiedad (véase la figura 17). La representación de la comorbilidad entre depresión y ansiedad, sin tener en cuenta el TEPT fue para el postratamiento de la muestra de intención de tratar del 5,7% (véase la figura 16)

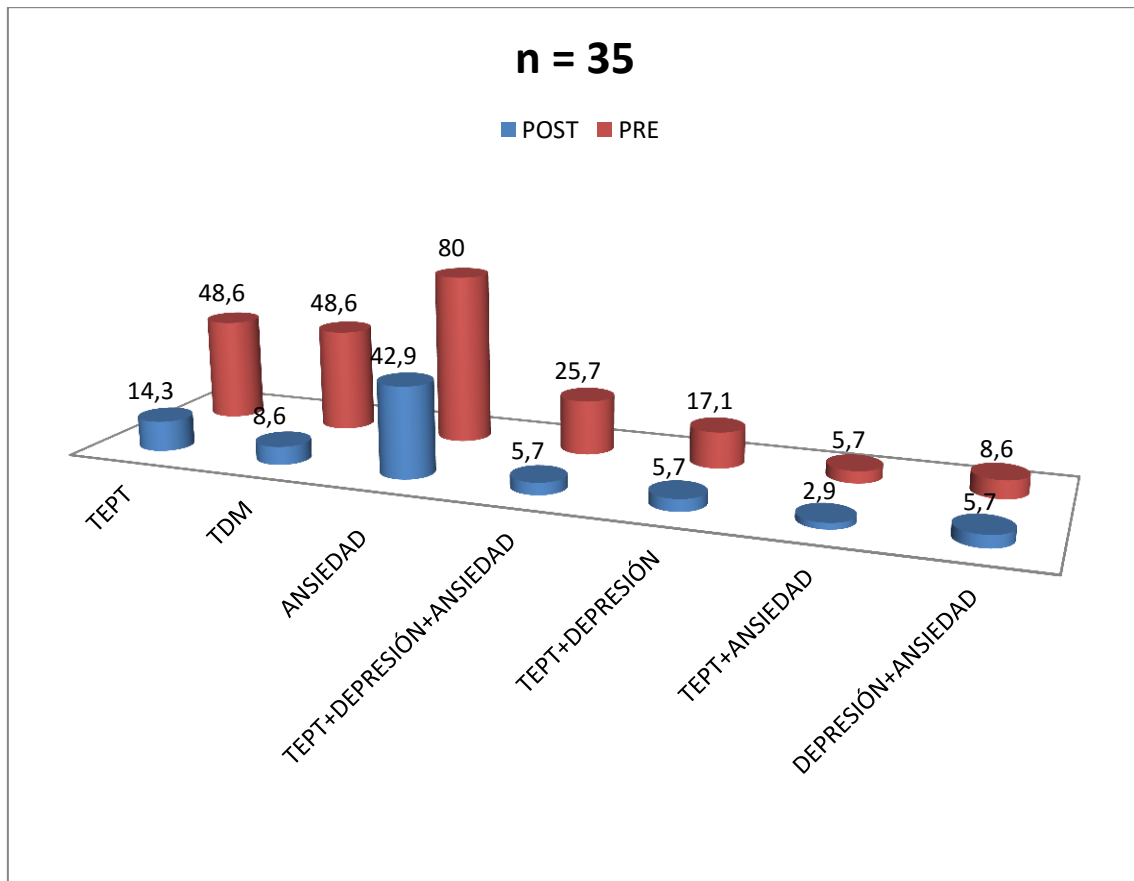


Figura 16. Prevalencia (%) de TEPT, trastornos depresivos, trastornos ansiosos y comorbilidades en la evaluación pretratamiento y postratamiento del grupo de tratamiento (muestra de postratamientos con intención de tratar)

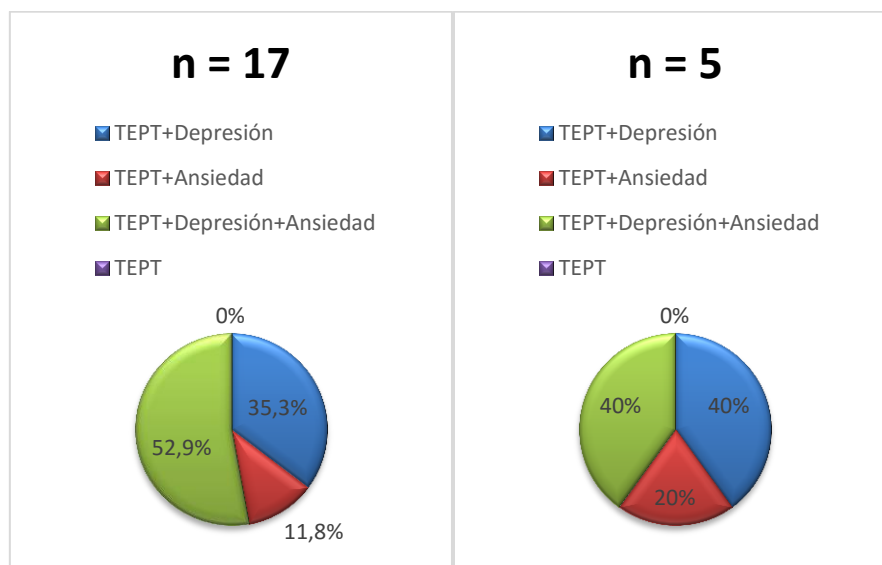


Figura 17. Distribución de las formas de presentación del TEPT en la evaluación pretratamiento y postratamiento del grupo de tratamiento (muestra de postratamientos con intención de tratar)

Para resumir la prevalencia y distribución de los diferentes trastornos en las muestras, en la tabla 21 se muestra la prevalencia del TEPT, el TDM, los trastornos de ansiedad y sus comorbilidades tanto para el grupo de control como para el grupo de tratamiento y en los diferentes momentos de evaluación (pre y post), teniendo en cuenta, en este caso, a los 85 participantes que iniciaron el tratamiento ($n = 35$) y que completaron el postratamiento de lista de espera ($n = 50$). En dicha tabla, además, se presentan los resultados sobre las pruebas χ^2 mediante las cuales se comparó estadísticamente la prevalencia de patología en las dos condiciones del estudio (tratamiento y control). Los resultados de estas pruebas indicaban que en el postratamiento y para la muestra de intención de tratar, el porcentaje de casos diagnosticados con TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad era significativamente menor en el grupo de tratamiento que en el grupo de control, con significaciones mayores para el TEPT ($p < ,001$) y menores para el TDM y el conjunto de otros trastornos de ansiedad ($p < ,05$). También como en la muestra anterior, el tratamiento no parecía tener un efecto concreto sobre las comorbilidades del TEPT.

Sin embargo, al examinar las diferencias pre/post para cada condición experimental (tratamiento y control) de la muestra de intención de tratar, mediante las pruebas de McNemar, puede observarse en la tabla 21 que no solo existieron disminuciones significativas de las prevalencias del TEPT, del TDM y otros trastornos de ansiedad diferentes al TEPT en el postratamiento ($p < ,001$), sino también, diferencias pre-post significativas en la comorbilidad más importante, la que se daba entre TEPT, depresión y ansiedad ($p < ,05$), de manera coherente a todo lo anterior, aunque, a diferencia de la muestra de completos, en ningún caso las reducciones en intención de tratar fueron absolutas.

Recordamos aquí que la muestra del grupo control es exactamente la misma que en los análisis de completos y que por tanto, podemos repetir que no se encontraron disminuciones significativas en ninguno de los diagnósticos entre el momento de medida pre y el post.

6.1.2.2 Análisis de la eficacia en función de la reducción en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad.

Basado en la sintomatología, en las figuras 18, 19 y 20 se representa la puntuación media que obtuvieron tanto en el pretratamiento como en el postratamiento cada uno de los dos grupos (experimental y control) del presente estudio y en cada uno de los tres cuestionarios que medían la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad. Además, como ya se anticipaba, los resultados para el grupo de tratamiento se presentarán teniendo en cuenta tanto el criterio más conservador, donde todos los casos son completados con información pretratamiento (aunque hubiera, como en el caso de los abandonos o los valores perdidos del grupo de tratamiento, información posterior sobre esos pacientes) como el menos conservador que hace uso de los datos obtenidos en sesiones de tratamiento para los abandonos y valores perdidos del grupo experimental.

Así, tal y como observamos en la figura 18, aunque en el pretratamiento la puntuación media en la PCL de las personas que formaban parte del grupo de tratamiento era superior a la del grupo de control (sin diferencias significativas en este aspecto, tal y como se ha aclarado anteriormente), ambas se encontraban muy por encima de la puntuación C (29 puntos para la PCL; véase Sanz y García-Vera, 2015). Además, aunque, tanto las puntuaciones del grupo de tratamiento como las del grupo de control decrecieron del pre al post, en el grupo de tratamiento ($n = 35$) este decremento fue mayor, pasando la media de 45,89 ($DT = 15,503$) a 34,69 ($DT = 15,227$) o a 30,91

Capítulo 6: Resultados

($DT = 12,313$), según el criterio más o menos conservador empleado, mientras que en el grupo de control ($n = 48$) este decremento fue de una media de 40,85 ($DT = 14,662$) a 36,38 ($DT = 15,197$). Sin embargo, en ninguno de los dos casos se llegó a rebasar el punto de corte, aunque el grupo de tratamiento se encontraba en el límite (al menos, para el criterio menos conservador).

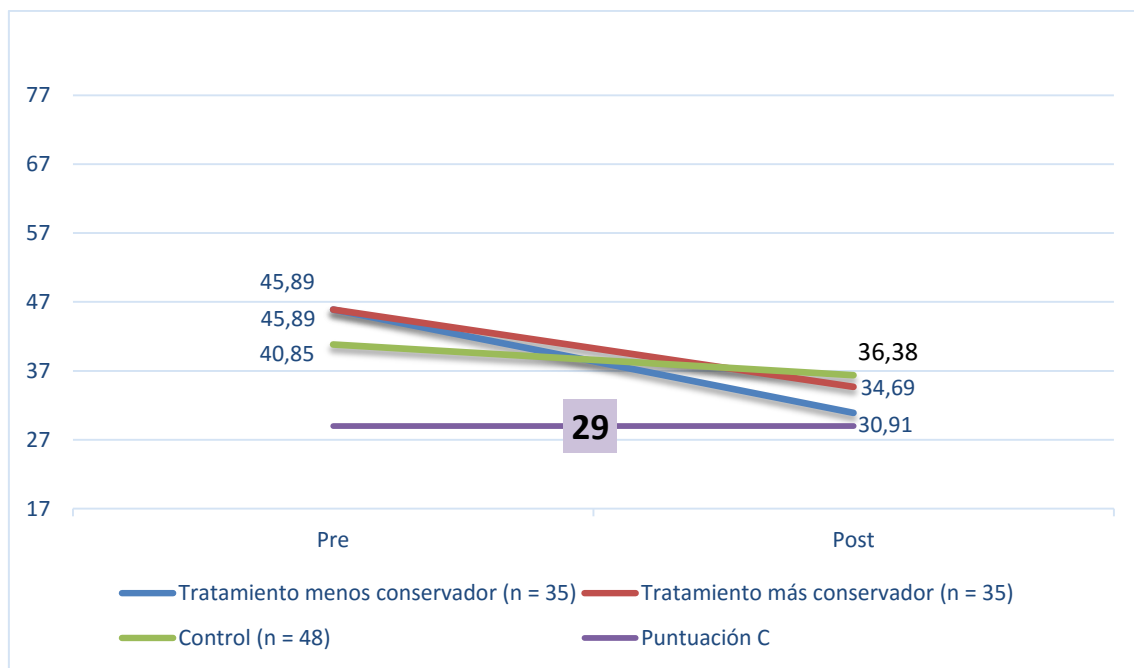


Figura 18. Comparación con la Puntuación C de las puntuaciones medias en sintomatología postraumática (medida mediante la PCL) del grupo de tratamiento (ambos criterios) y del grupo control en las evaluaciones pre y postratamiento (muestra de postratamientos con intención de tratar).

En el BDI-II, también el grupo de tratamiento empezó con una puntuación previa superior al grupo de control, aunque sin diferencias significativas entre ellas y en todo caso, ambas por encima del punto de corte de 14, que marca la diferencia entre una puntuación clínicamente significativa y una que no lo es (véase, Sanz, 2014). En cuanto a la evolución de esas puntuaciones, tal y como ocurría en la PCL, en el BDI-II existió un decremento en los dos grupos examinados, aunque, también como entonces, la disminución en el grupo de tratamiento ($n = 35$) fue mayor, pasando la media de 24,11

($DT = 14,654$) a $14,57$ ($DT = 14,643$) o a $10,26$ ($DT = 10,747$), según el criterio más o menos conservador utilizado, mientras que en el grupo de control ($n = 48$) los participantes partieron de una media de $18,33$ ($DT = 12,562$) y tras la lista de espera acabaron teniendo una media de $15,13$ ($DT = 12,038^7$) o $15,15$ ($DT = 12,042$). En todo caso, el grupo de tratamiento fue el único que en el postratamiento tuvo una puntuación menor que la establecida por el punto de corte, según el criterio menos conservador, encontrándose en el límite, incluso, cuando se utilizó el criterio más exigente de intención de tratar.

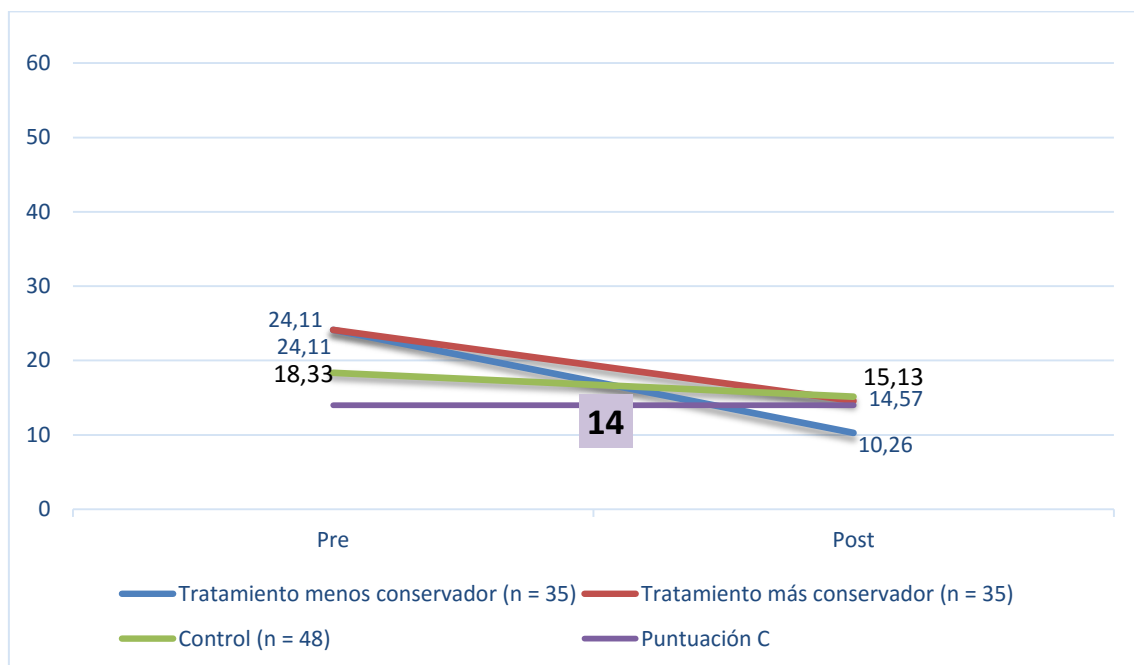


Figura 19. Comparación con la Puntuación C de las puntuaciones medias en sintomatología depresiva (medida mediante el BDI-II) del grupo de tratamiento (ambos criterios) y del grupo control en las evaluaciones pre y postratamiento (muestra de postratamientos con intención de tratar).

Por último y en lo que se refiere a la sintomatología de ansiedad, en general, medida mediante el BAI, nuevamente el grupo de tratamiento partía de una puntuación superior al de control (sin diferencias significativas entre ambas), aunque

⁷ Utilizando el criterio más conservador esta media es ligeramente superior puesto que las medidas en cada ítem del BDI-II son superiores y los valores perdidos de ítems aislados son rellenados con valores medios también mayores.

Capítulo 6: Resultados

reiterativamente, ambas por encima del punto de corte establecido para marcar la significación clínica, en este caso, también 14 (Sanz, 2014). En esta ocasión, además, el patrón de descenso se repitió, disminuyendo sus puntuaciones ambos grupos, aunque con una disminución mucho más acusada en el grupo de tratamiento ($n = 35$) que pasó de un 20,74 ($DT = 14,339$) a un 12,57 ($DT = 15,012$) o a 8,57 ($DT = 10,274$), mientras que en el grupo control ($n = 48$) este camino se recorrió desde una puntuación de 18,81 ($DT = 14,787$) a una de 15,81 ($DT = 12,987$). Una vez más, fue el grupo de tratamiento el único de los dos que consiguió rebasar el punto de corte y además, en esta ocasión independientemente del criterio más o menos conservador.

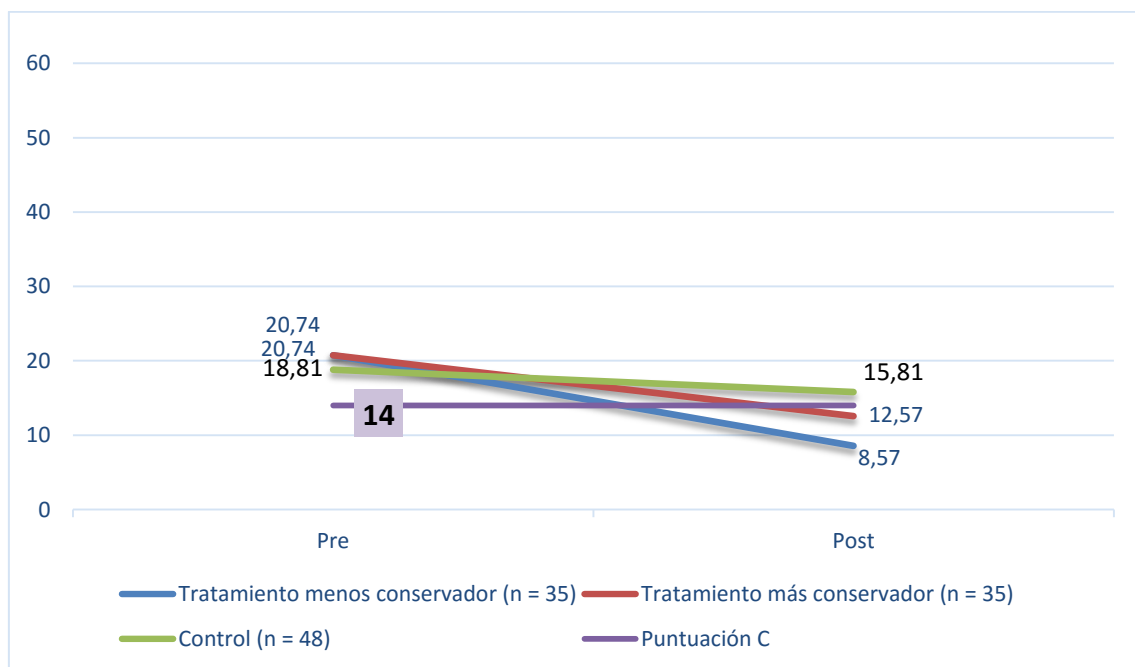


Figura 20. Comparación con la Puntuación C de las puntuaciones medias en sintomatología ansiosa (medida mediante el BAI) del grupo de tratamiento (ambos criterios) y del grupo control en las evaluaciones pre y postratamiento (muestra de postratamientos con intención de tratar).

Para contrastar la diferencia entre las puntuaciones postratamiento de uno y otro grupo se realizaron pruebas ANOVA para medidas repetidas, en las que se tuvieron en cuenta no solo las puntuaciones medias en el postratamiento, sino también la variabilidad de éstas en función del tiempo (la variable intrasujeto pre/post). Tal y como

aparece en la tabla 22 y empezando por la sintomatología postraumática, el ANOVA reflejó un efecto significativo del tiempo ($p < ,001$) en las puntuaciones postratamiento de los dos grupos y según los dos criterios, lo que quiere decir que existía una diferencia significativa entre las puntuaciones en sintomatología postraumática pre y postratamiento, cuando se consideró la muestra en su conjunto (incluyendo al grupo de tratamiento y al grupo control) y con independencia del método de intención de tratar.

Para comprobar además, si esta diferencia pre/post se daba igual en cada una de las condiciones de tratamiento, se realizaron las pruebas t para medidas relacionadas que aparecen en la tabla 23. En ellas, podemos observar que tanto el grupo de tratamiento como el grupo de control tuvieron un descenso significativo de la sintomatología postraumática desde el pretratamiento hasta el postratamiento, aunque la significación fue mayor para el grupo de tratamiento ($p < ,001$ en tratamiento y con ambos criterios frente a $p < ,05$ en LE).

Los ANOVA de la tabla 22 también mostraron un efecto del tiempo significativo para la sintomatología depresiva y ansiosa de la muestra en su conjunto, de manera que existían diferencias significativas entre las puntuaciones medias en el BDI-II y el BAI pretratamiento y las puntuaciones medias en esos mismos cuestionarios en el postratamiento, para la muestra general y siguiendo ambos criterios ($p < ,001$). El análisis por grupos (véase la tabla 23) mostró efectivamente, un descenso de sintomatología ansioso-depresiva, tanto en el grupo de tratamiento como en el grupo control, siendo significativo el descenso para el grupo de tratamiento, tanto en el BDI-II como en el BAI y con ambos criterios ($p < ,001$), e incluso, en el grupo de control, aunque en este caso solo para el BDI-II ($p < ,05$).

Más allá de los efectos de la variable “tiempo”, los ANOVA que aparecen reflejados en la tabla 22 también arrojaron información sobre los efectos de la condición experimental y sobre la interacción entre ésta y el tiempo. Tal y como puede apreciarse,

Capítulo 6: Resultados

independientemente del criterio más o menos conservador, la condición experimental por sí misma no tuvo un efecto significativo sobre las puntuaciones medias de ninguna de las variables. Respecto a la interacción, a pesar de que los análisis de intención de tratar más conservadores solamente mostraron un efecto significativo para la PCL y el BDI-II ($p < ,05$ para ambos), en el análisis menos conservador, el efecto de la interacción estuvo presente para todas las medidas, teniendo la máxima significación en la variable BDI-II y PCL ($p < ,001$), seguidas de la medida en sintomatología ansiosa ($p < ,01$).

6.1.2.3 Análisis de la eficacia en función de la significación clínica

Como para la muestra de intención de tratar, el análisis de la significación clínica se presentará aquí examinando, por una parte, los tamaños de los efectos (pre/post y entre grupos) en sintomatología postraumática, ansiosa y depresiva y por otra, el porcentaje comparado (entre el grupo de tratamiento y el grupo de control) de pacientes por debajo de la puntuación C, así como el porcentaje de pacientes recuperados, mejorados, sin cambios y empeorados, según los criterios de Jacobson y Truax (1991), todo ello, teniendo en cuenta, una vez más, los criterios más o menos conservadores que se han adoptado para la metodología de intención de tratar.

Si observamos nuevamente la tabla 24, donde aparecen los tamaños del efecto pre/post, veremos que para el grupo de tratamiento el estadístico d de Cohen fue de 1,07 (para la PCL), 1,08 (para el BDI-II) y 0,97 (para el BAI), según el criterio menos conservador y de 0,73 (para la PCL), 0,65 (para el BDI-II) y 0,56 (para el BAI), según el criterio más conservador, siendo los primeros de tamaño grande y los segundos de tamaño medio, según los criterios del propio Cohen. Por contra, el estadístico d de Cohen para el grupo control fue de 0,30 (para la PCL), 0,26 (para el BDI-II) y 0,22 (para el BAI), todos ellos mucho menores y en todo caso, considerados como pequeños,

según los estándares de Cohen. Los tamaños del efecto entre grupos, aquellos que miden el tamaño de la diferencia entre las puntuaciones medias del grupo de tratamiento y del grupo de control en el momento de postratamiento, fueron de tamaño pequeño para todos los cuestionarios y para ambos criterios, aunque siempre mayores cuando se utilizó el criterio menos conservador ($d = 0,38$ y $d = 0,11$ para la PCL, $d = 0,42$ y $d = 0,04$ para el BDI-II, $d = 0,58$ y $d = 0,23$ para el BAI).

En lo que se refiere al porcentaje de pacientes que tras el tratamiento se encontraron por debajo de la puntuación C (29 para la PCL y 14 para el BDI-II y el BAI; véanse Sanz, 2013, 2014; Sanz y García-Vera, 2015), en la figura 21, puede observarse que en el grupo experimental de la muestra de intención de tratar y siguiendo el criterio menos conservador un 54,3% de los pacientes habrían disminuido sus puntuaciones en la PCL por debajo del punto de corte, mientras que un porcentaje mayor, de 74,3% y 77,1% habrían hecho lo propio para el BDI-II y el BAI respectivamente. En función del criterio más conservador, un 45,7% de personas habría rebajado el punto de corte de la PCL y un 65,7% lo habría hecho también para ambos, el BDI-II y el BAI (véase la figura 22). En el grupo de control, sin embargo, un porcentaje menor de personas, del 42%, habría pasado el punto de corte en la PCL y también comparativamente menor, de 54% y 52%, los que lo habrían sobrepasado para el BDI-II y el BAI respectivamente (véase la figura 23). Las pruebas de χ^2 mostraron que en el grupo de tratamiento, pero solamente para el análisis menos conservador, había porcentajes significativamente mayores de pacientes que habían rebajado la puntuación C en el BAI ($p < ,05$), que en el grupo de control, sin que hubiera diferencias significativas entre los grupos de tratamiento y el de control en ninguno de los otros cuestionarios (véase la tabla 24)

Además, si tenemos en cuenta el criterio más exigente de Jacobson y Truax del índice de cambio fiable un 51,4% (o un 37,1%, según el criterio más conservador) de

Capítulo 6: Resultados

los casos habrían *mejorado* su trastorno de estrés postraumático (según la PCL), otro 51,4% (o un 31,4%, según el criterio más conservador) habrían mejorado sus trastornos depresivos (según el BDI-II) y un 54,3% (o un 37,1%, según el criterio más conservador) sus trastornos ansiosos (según el BAI), o lo que es lo mismo, todos ellos habrían disminuido su puntuación en 12 o más puntos para la PCL y en 10 o más puntos en el BDI-II y el BAI.

Además, un 25,7%, un 37,1% y un 42,9% (o un 20%, un 28,6% o un 34,3%, según el criterio más conservador) se podrían considerar *recuperados* de sus trastorno de estrés postraumático y de sus trastornos depresivos y ansiosos respectivamente, puesto que, además de disminuir sus puntuaciones más de 12 o 10 puntos, habrían alcanzado puntuaciones en el postratamiento por debajo de la Puntuación C. Por el contrario, un 48,6% otro 48,6% y un 45,7% (o un 62,9%, 68,6% y otra vez 62,9%, según el criterio más exigente), permanecerían *sin cambios* para sus trastornos (medidos con la PCL, BDI-II y BAI respectivamente), aunque ninguna persona habría empeorado tras el tratamiento, ni siquiera utilizando el criterio más conservador.

En el grupo de control, el porcentaje de pacientes *mejorados* sería menor, en concreto, de 31,3%, 18,8% y 25% para la PCL, el BDI-II y el BAI, en este orden. Además, un 18,8% se habrían *recuperado* para sus trastornos de estrés postraumático (según la PCL), un 14,6% lo habría hecho para los trastornos depresivos (según el BDI-II) y un 16,7% para otros trastornos de ansiedad (según el BAI). Un porcentaje mayor de personas, de 56,3%, 72,9% y 60,4% permanecerían *sin cambios* en la PCL, el BDI-II y el BAI y un 12,5%, 8,3% y 14,6% habrían incluso *empeorado* para sus trastornos de estrés postraumático, depresivos y ansiosos.

En las pruebas de *chi2* de la tabla 24 puede observarse que el porcentaje de pacientes mejorados y recuperados fue significativamente mayor para el grupo de tratamiento, pero solo en el caso del criterio menos conservador y para los cuestionarios

del BDI-II ($p < ,01$ para los mejorados y $p < ,05$ para los recuperados) y el BAI ($p < ,01$ en ambos mejorados y recuperados). Por otro lado y, aunque no había ningún paciente empeorado en el grupo de tratamiento solamente eso supondría una diferencia significativa con el grupo de control en el caso del BAI y en esta ocasión sí, para ambos criterios ($p < ,05$).

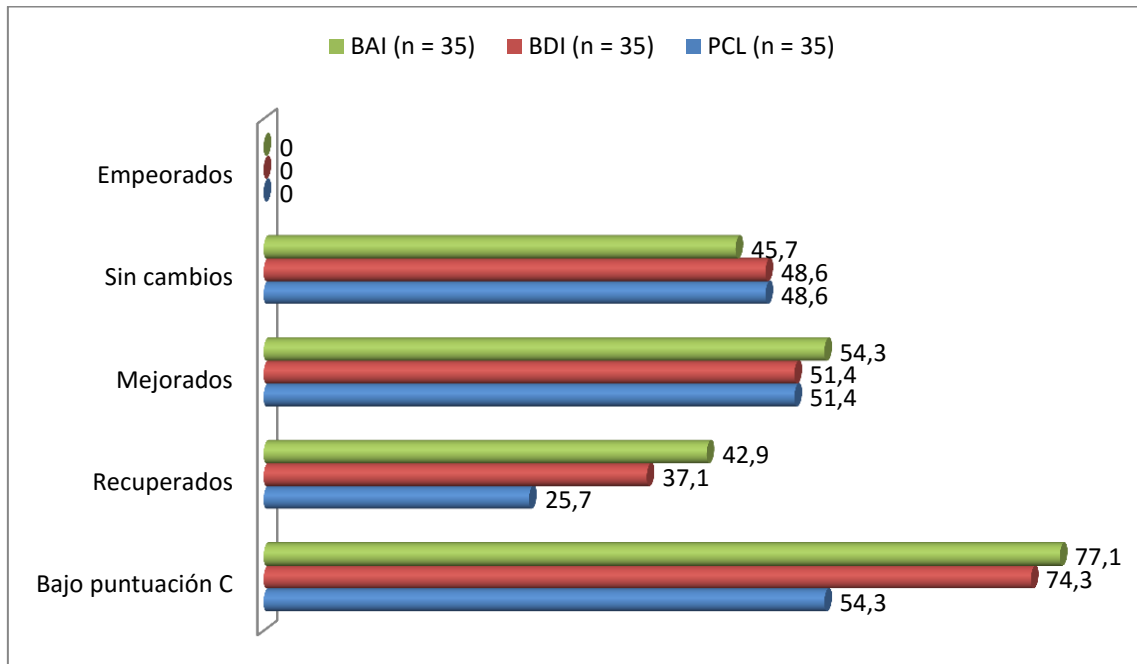


Figura 21. Porcentaje de pacientes empeorados, sin cambios, mejorados, recuperados y con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación postratamiento del grupo tratamiento (muestra de postratamientos con intención de tratar, criterio menos conservador).

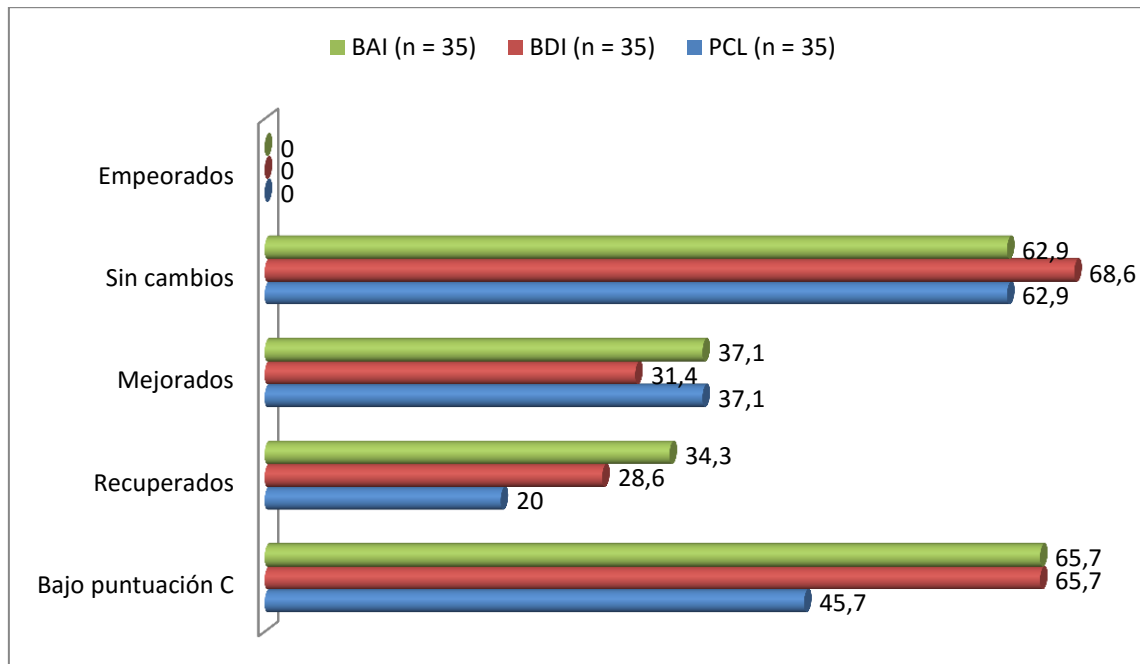


Figura 22. Porcentaje de pacientes empeorados, sin cambios, mejorados, recuperados y con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación postratamiento del grupo de tratamiento (muestra de postratamientos con intención de tratar, criterio más conservador).

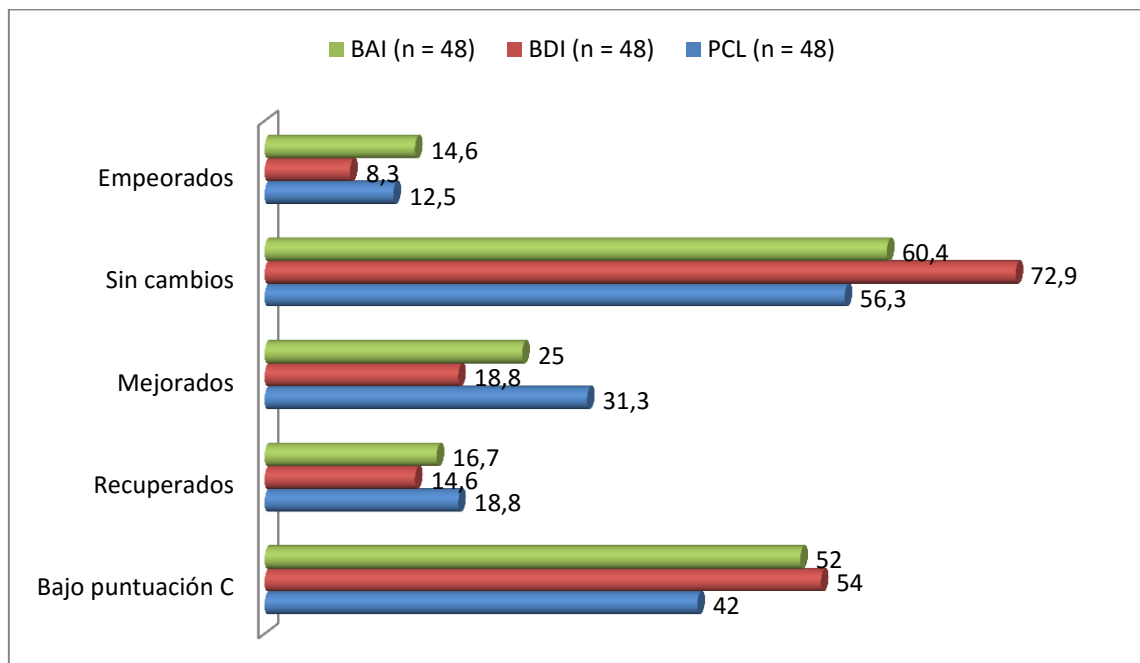


Figura 23. Porcentaje de pacientes empeorados, sin cambios, mejorados, recuperados y con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación postratamiento del grupo control (muestra de postratamientos con intención de tratar, criterio menos conservador).

Tabla 21. Diferencias en la muestra de postratamientos con intención de tratar en la prevalencia del TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades entre el pretratamiento (Pre) y el postratamiento (Post) para cada condición experimental (grupo de tratamiento y grupo de lista de espera o LE) y entre ambas condiciones en el postratamiento y significación de las pruebas de McNemar y χ^2 .

Trastornos mentales	Análisis del grupo de tratamiento (prueba de McNemar)		Análisis del grupo de LE (prueba de McNemar)		Análisis en el postratamiento (prueba de χ^2)	
	Pre (n = 35)	Post (n = 35)	Pre (n = 50)	Post (n = 50)	Tratamiento (n = 35)	LE (n = 50)
Trastorno por estrés postraumático	48,6	14,3***	58	50	14,3***	50
Trastorno depresivo mayor	48,6	8,6***	40	28	8,6*	28
Otros trastornos de ansiedad	80	42,9***	70	68	42,9*	68
TEPT+Depresión+Ansiedad	25,7	5,7*	22	14	5,7	14
TEPT+Depresión	17,1	5,7	12	10	5,7	10
TEPT+Ansiedad	5,7	2,9	10	16	2,9	16
Depresión+Ansiedad	8,6	5,7	8	2	5,7	2

Nota. Todos los valores son porcentajes. Se aplica la corrección de Yates a la prueba χ^2 cuando al menos el valor de una frecuencia esperada es menor que 5. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$. **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$. ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

Tabla 22. Niveles medios en la muestra de postratamientos con intención de tratar (ambos criterios) de sintomatología psicológica por condición experimental en el postratamiento, resultados del ANOVA [momento de evaluación (pre-post) x grupo (tratamiento-lista de espera)] y tamaño del efecto de la diferencia entre grupos

Sintomatología	Análisis del postratamiento					
	Grupos de tratamiento	Grupo de lista de espera (LE)	Resultados del ANOVA momento x grupo			<i>d</i> (entre grupos)
			<i>F</i> del efecto pre/post	<i>F</i> del efecto tratamiento/LE	<i>F</i> del efecto de interacción	
Estrés pos-traumático (PCL) (tratamiento <i>n</i> =35; LE <i>n</i> =48)	30,91 ^a (12,313)	36,38 ^{a b} (15,197)	43,168 ^{a ***}	0,006 ^a	12,561 ^{a ***}	0,38 ^a
	34,69 ^b (15,227)		26,928 ^{b ***}	0,310 ^b	4,948 ^{b *}	0,11 ^b
Depresión (BDI-II) (tratamiento <i>n</i> =35; LE <i>n</i> =48)	10,26 ^a (10,747)	15,13 ^a (12,038)	41,986 ^{a ***}	0,035 ^a	16,348 ^{a ***}	0,42 ^a
	14,57 ^b (14,643)	15,15 ^b (12,042)	24,939 ^{b ***}	0,946 ^b	6,216 ^{b *}	0,04 ^b
Ansiedad (BAI) (tratamiento <i>n</i> =35; LE <i>n</i> =48)	8,57 ^a (10,274)	15,81 ^{a b} (12,987)	27,999 ^{a ***}	1,051 ^a	10,159 ^{a ***}	0,58 ^a
	12,57 ^b (15,012)		15,912 ^{b ***}	0,053 ^b	3,410 ^b	0,23 ^b

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se indique otra cosa. Pre = pretratamiento. Post = postratamiento. *d* = estadístico *d* de Cohen de tamaño del efecto (diferencia estandarizada entre las medias en el postratamiento del grupo de tratamiento y de LE). PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck. ^a Criterio menos conservador y ^b Criterio más conservador. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$; **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$; ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

Tabla 23. Comparación en la muestra de postratamientos con intención de tratar (ambos criterios) de los niveles medios de sintomatología psicológica entre el pretratamiento (Pre) y el postratamiento (Post) para cada condición experimental y significación de las pruebas de *t* de Student y tamaños del efecto pre/post para cada grupo.

Sintomatología	Análisis del grupo de tratamiento (<i>t</i> de Student)			Análisis del grupo de control (<i>t</i> de Student)		
	Pre	Post	<i>d</i> (pre/post)	Pre	Post	<i>d</i> (pre/post)
Estrés pos-traumático (PCL) (tratamiento <i>n</i> =35; LE <i>n</i> =48)	45,89 (15,503)	30,91 ^a *** (12,31) 34,69 ^b *** (15,23)	1,07 ^a 0,73 ^b	40,85 (14,66)	36,38 ^{a b} * (15,19)	0,30 ^{a b}
Depresión (BDI-II) (tratamiento <i>n</i> =35; LE <i>n</i> =48)	24,11 (14,654)	10,26 ^a *** (10,74) 14,57 ^b *** (14,64)	1,08 ^a 0,65 ^b	18,33 (12,56)	15,13 ^a * (12,03) 15,15 ^b * (12,04)	0,26 ^{a b}
Ansiedad (BAI) (tratamiento <i>n</i> =35; LE <i>n</i> =48)	20,74 (14,339)	8,57*** (10,27) 12,57 ^b *** (15,01)	0,97 ^a 0,56 ^b	18,81 (14,78)	15,81 ^{a b} (12,98)	0,22 ^{a b}

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se indique otra cosa. Pre = pretratamiento. Post = postratamiento. *d* = estadístico *d* de Cohen de tamaño del efecto (diferencia estandarizada entre medias pretratamiento/postratamiento para cada condición). PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; ^a Criterio menos conservador y ^b Criterio más conservador. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$; **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$; ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

Tabla 24. Diferencias en la muestra de postratamientos con intención de tratar (ambos criterios) en el porcentaje de pacientes con puntuaciones inferiores a la puntuación C y porcentaje de pacientes mejorados (y recuperados), sin cambios y empeorados en el postratamiento en cada cuestionario (PCL, BDI-II y BAI) y entre cada condición experimental (grupo de tratamiento y grupo de lista de espera o LE) y significación de las pruebas χ^2 .

Medida de significación clínica	Grupo de tratamiento						Grupo de lista de espera (LE)		
	Menos conservador			Más conservador					
	Estrés Postraumático (PCL) (<i>n</i> = 35)	Depresión (BDI-II) (<i>n</i> = 35)	Ansiedad (BAI) (<i>n</i> = 35)	Estrés Postraumático (PCL) (<i>n</i> = 35)	Depresión (BDI-II) (<i>n</i> = 35)	Ansiedad (BAI) (<i>n</i> = 35)	Estrés Postraumático (PCL) (<i>n</i> = 48)	Depresión (BDI-II) (<i>n</i> = 48)	Ansiedad (BAI) (<i>n</i> = 48)
Por debajo de la Puntuación C	54,3	74,3	77,1*	45,7	65,7	65,7	42 (<i>n</i> = 50)	54 (<i>n</i> = 50)	52 (<i>n</i> = 50)
Mejorados	51,4	51,4**	54,3**	37,1	31,4	37,1	31,3	18,8	25
Recuperados	25,7	37,1*	42,9**	20	28,6	34,3	18,8	14,6	16,7
Sin cambios	48,6	48,6*	45,7	62,9	68,6	62,9	56,3	72,9	60,4
Empeorados	0	0	0*	0	0	0*	12,5	8,3	14,6

Nota. Todos los valores son porcentajes. Se aplica la corrección de Yates a la prueba χ^2 cuando al menos el valor de una frecuencia esperada es menor que 5. PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$. **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$.

***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

6.2 Eficacia del tratamiento a largo plazo

Dado que las personas del grupo de control solamente tuvieron un tiempo de espera de cuatro meses (el equivalente a 16 sesiones semanales de tratamiento) y no más (inmediatamente después de la evaluación post, se les ofreció la posibilidad de recibir tratamiento), en este apartado no se establecerán comparaciones entre grupos (experimental y control), puesto que las equivalencias no serían ajustadas en tiempo y seguramente tampoco, en el estatus de los pacientes.

Por tanto, la eficacia del tratamiento a los seis meses de seguimiento solamente se analizó para el grupo experimental que había seguido el tratamiento, aunque también en esta ocasión, utilizando tanto la muestra de personas que habían completado el tratamiento y ahora también el seguimiento ($n = 18$) como la muestra de intención de tratar, compuesta no solo por aquéllos que habían completado con éxito el tratamiento y el seguimiento, sino también por aquellos otros que habían completado el tratamiento pero no el seguimiento, los que no habían finalizado el tratamiento (los abandonos) y por supuesto, teniendo en cuenta todos los valores perdidos en cada una de las fases. En definitiva, la muestra de seguimientos con intención de tratar estuvo compuesta exactamente por los mismos integrantes que en apartados anteriores ($n = 35$), aunque haciendo referencia a los datos de seguimiento. De hecho, en esta ocasión, los valores perdidos se completaron siguiendo solamente el criterio más conservador según el cual, la información incompleta se cumplimentaba teniendo en cuenta solamente los datos pretratamiento (véase la tabla 16). Todo ello, por creer que el uso de la última información disponible (el criterio menos conservador), que en el caso de algunos de los valores perdidos del seguimiento, en concreto, cuando los pacientes completan la terapia pero no el seguimiento era la evaluación postratamiento, no mantenía el carácter

más exigente que deberían tener los llamados análisis de intención de tratar, puesto que en general, se espera que los resultados inmediatamente posteriores a un tratamiento sean mejores que los de los seguimientos a más largo plazo, durante los cuales los efectos positivos de las intervenciones podrían haberse difuminado.

Para facilitar la descripción de unos resultados que son más simples que los de epígrafes anteriores (al no haber comparación entre grupos) y puesto que ya se ha descrito prolijamente la metodología de intención de tratar, en este apartado los análisis de las muestras de seguimientos completos y de seguimientos con intención de tratar se mostrarán conjuntamente para el grupo de tratamiento, siguiendo, esto sí, el mismo esquema de resultados que se ha seguido hasta ahora: análisis de eficacia en función de la presencia o ausencia de diagnósticos, del nivel medio de sintomatología postraumática y ansioso-depresiva y análisis de la significación clínica.

6.2.1 Análisis de la eficacia en función de la presencia de TEPT, trastornos de ansiedad o depresión diagnosticables

En cuanto al diagnóstico, en las figuras 24 y 25 y 26 y 27 se representa la prevalencia comparada de los diagnósticos en el grupo experimental al empezar el tratamiento y tras realizar el seguimiento de los seis meses, así como la distribución del TEPT en el pretratamiento y el seguimiento, tanto para la muestra de seguimientos completos ($n = 18$) como para la muestra de seguimientos con intención de tratar ($n = 35$), respectivamente.

Empezando por el conjunto de personas que completaron el tratamiento y el seguimiento (véase la figura 24), observamos que, aunque exactamente la mitad de la muestra (50%) tenía un TEPT antes de comenzar el tratamiento, como ya había ocurrido en la muestra de postratamientos completos, el diagnóstico postraumático no fue el más

prevalente, sino que lo fue el TDM (61,1%). Por otro lado, como también ocurría para la muestra total, los trastornos de ansiedad diferentes al TEPT, tenidos en cuenta en su conjunto suponían una gran mayoría de la muestra (83,3%).

Una vez más, todo esto era coherente con la distribución y la comorbilidad del TEPT con otros trastornos en el pretratamiento. Tal y como puede apreciarse en la figura 25, el TEPT no se presentaba en el pretratamiento de manera aislada en ninguno de los casos, apareciendo siempre de manera conjunta a otros trastornos. Entre las combinaciones, la que se producía con mayor frecuencia era la de TEPT, algún trastorno de ansiedad y algún trastorno depresivo, que suponía un 66,7% de las personas diagnosticadas con TEPT y un 33,3% de la muestra total. A continuación estaría el porcentaje de personas diagnosticadas con TEPT y comorbilidad con otros trastornos depresivos y con más distancia, de ansiedad, que suponían un 22,2% y un 11,1% respectivamente de las personas diagnosticadas con TEPT, así como un 11,1% y un 5,6% de la muestra total. La comorbilidad entre trastornos depresivos y ansiosos representaba en este caso un 11,1%.

En cuanto al seguimiento y tal y como ocurría en el postratamiento de las personas que completaron toda la intervención, el TEPT (y con él todas las comorbilidades) descendió a un porcentaje de 0%. Quedaba todavía en el seguimiento un porcentaje del grupo más numeroso de personas diagnosticadas con otros trastornos de ansiedad (un 33,3%) y otro porcentaje residual de personas diagnosticadas con TDM (5,6%). De manera coherente, aparecía también otro porcentaje residual de personas con comorbilidad ansioso-depresiva general (11,1%) (véase la figura 24)

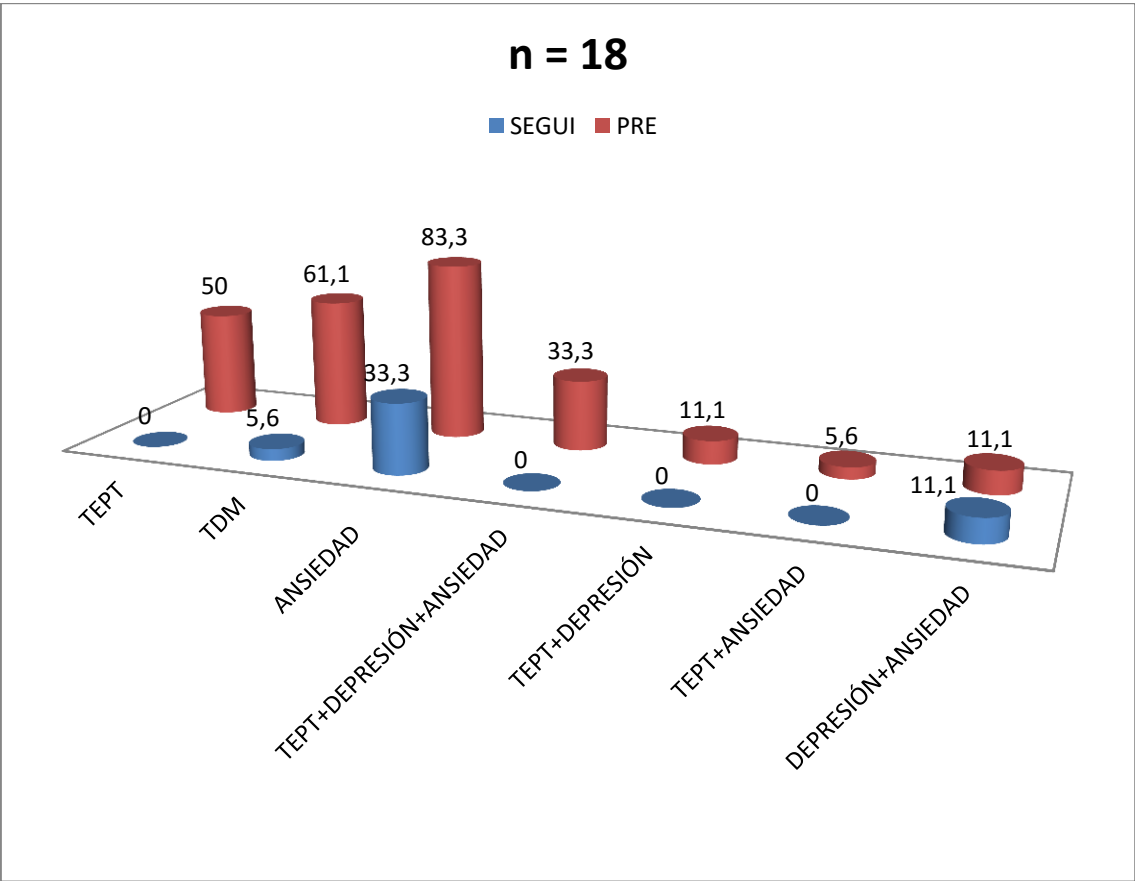


Figura 24. Prevalencia (%) de TEPT, trastornos depresivos, trastornos ansiosos y comorbilidades en la evaluación pretratamiento y seguimiento del grupo de tratamiento (muestra de seguimientos completos)

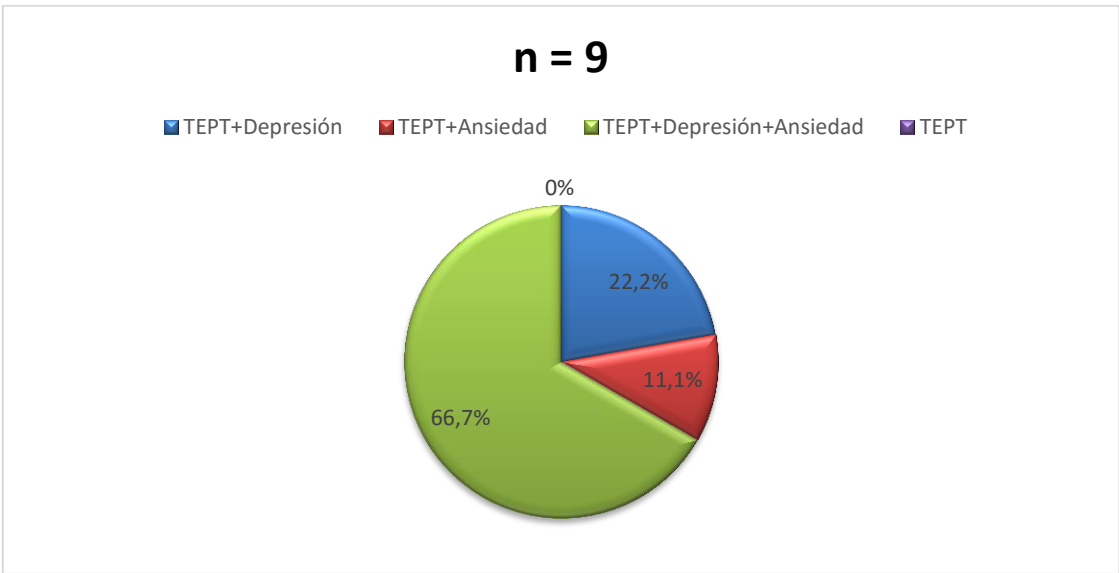


Figura 25. Distribución de las formas de presentación del TEPT en la evaluación pretratamiento del grupo de tratamiento (muestra de seguimientos completos)

En cuanto a la muestra de intención de tratar, puesto que, como ya se explicaba, se trata de la misma muestra descrita en apartados anteriores, en esta ocasión se omitirá el análisis redundante de las prevalencias en la evaluación pretratamiento (en este sentido, se remite al lector al apartado 6.1.2.1 y en concreto, a la figura 16) y solo se explicarán los porcentajes de diagnósticos obtenidos por los participantes en los seguimientos.

Tal y como se muestra en la figura 26 en el análisis de los seguimientos con intención de tratar, lógicamente, no se dieron disminuciones a cero entre el pretratamiento y el seguimiento. A pesar de ello, los descensos parecían pronunciados en el caso del TEPT, donde el decremento pre-seguimiento fue de 25,7 puntos porcentuales (pasando de 48,6% en el pretratamiento a 22,9% en el seguimiento) y lo fue más todavía en el caso del TDM, donde este decremento fue de 28,6 puntos porcentuales (pasando del 48,6% en el pre al 20% en el post). El grupo de trastornos de ansiedad también tuvo un decremento muy importante, de 31,4 puntos porcentuales (de un 80% a un 48,6%) y en la misma línea, se dieron disminuciones pronunciadas en las comorbilidades, fundamentalmente en la del grupo más numeroso, que seguía siendo aquél que combinaba la patología postraumática con otras ansioso-depresivas, donde la disminución se dio en 11,4 puntos porcentuales (de 25,7% a 14,3%). La comorbilidad entre depresión y ansiedad fue de 8,6% tanto en el pretratamiento como en el seguimiento.

En cuanto a la distribución del TEPT, nuevamente no hubo ningún caso en que esta patología apareciera de manera aislada, siendo el conjunto TEPT más algún trastorno depresivo y algún trastorno ansioso, el más prevalente (62,5% o 14,3% de la muestra), seguido por el TEPT y depresión (25% o el 5,7% de la población general) y con ansiedad (12,5% o 2,9% de la población general) (véase la figura 27)

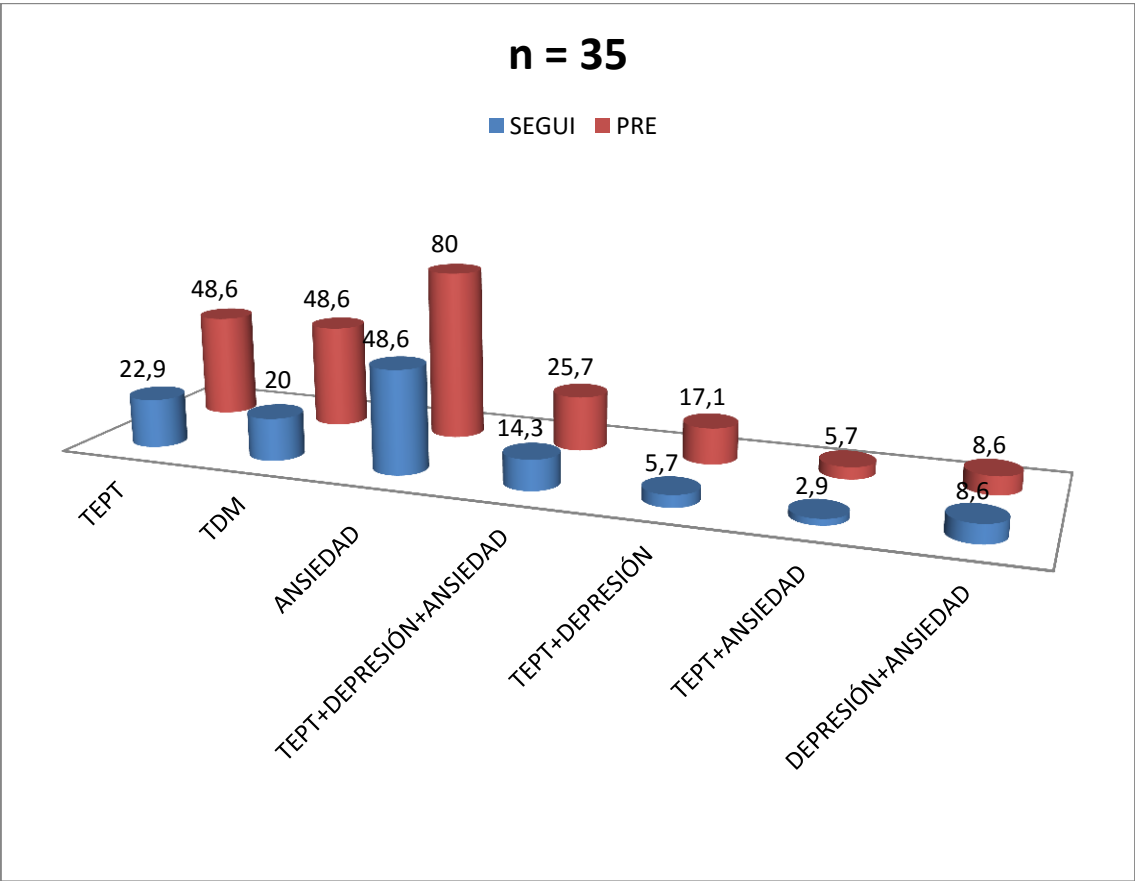


Figura 26. Prevalencia (%) de TEPT, trastornos depresivos, trastornos ansiosos y comorbilidades en la evaluación pretratamiento y seguimiento del grupo de tratamiento (muestra de seguimientos con intención de tratar)

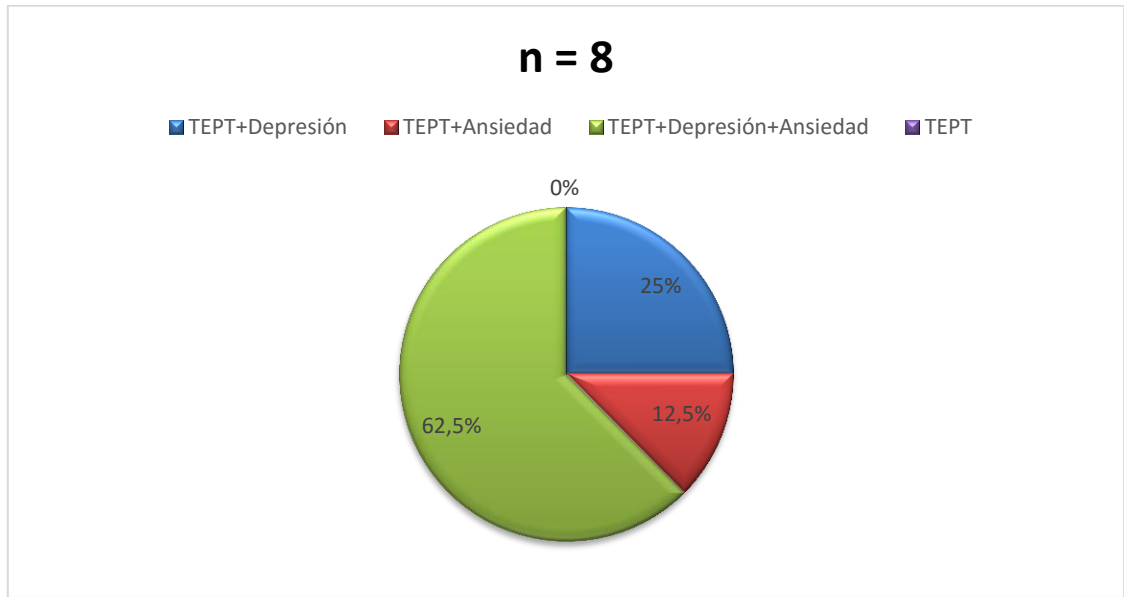


Figura 27. Distribución de las formas de presentación del TEPT en la evaluación de seguimientos del grupo de tratamiento (muestra de seguimientos con intención de tratar)

En la tabla 25 se muestra la prevalencia del TEPT, el TDM y los trastornos de ansiedad en el pre y el seguimiento y las comparaciones estadísticas tanto en la muestra de seguimientos completos como en la muestra de seguimientos con intención de tratar. Teniendo en cuenta primeramente a los 18 participantes que completaron el seguimiento y en cuanto a la significación de las diferencias pre/seguí, medidas mediante las pruebas de McNemar, puede observarse que la prevalencia del TEPT y del TDM disminuía de forma estadísticamente significativa ($p < ,01$) en el seguimiento, de manera que el porcentaje de pacientes con diagnóstico pasaba de un 61,1% para el TDM y de un 50% para el TEPT en el pretratamiento a un 5,6% y un 0% respectivamente en el seguimiento. Aunque en los trastornos de ansiedad distintos al TEPT la reducción pre-seguí no fue completa, sí reflejó un descenso estadísticamente significativo ($p < ,05$) de la prevalencia de 50 puntos porcentuales, de manera que la prevalencia pasó de 83,3% en el pretratamiento al 33,3% en el seguimiento. Por otro lado, también es necesario considerar que la comorbilidad más importante, la que se daba entre TEPT y depresión y ansiedad, de manera coherente a todo lo anterior, también mostró una reducción completa (de 33,3% a 0%) y significativa ($p < ,05$), no así el resto de comorbilidades.

En cuanto a la muestra de intención de tratar, en la misma tabla 25 se observan resultados muy similares a los obtenidos en la muestra completa, puesto que la prevalencia del TEPT y del TDM, que pasa de un 48,6% en el pretratamiento en ambos casos a un 22,9% y un 20% respectivamente en el seguimiento, supone la misma significación ($p < ,01$). Lo mismo ocurría en el caso del grupo de trastornos de ansiedad, donde la disminución de 80% en el pretratamiento a 48,6% en el seguimiento tenía la misma significación que en la muestra de completos ($p < ,05$), aunque lógicamente la reducción no fue completa en ninguno de los casos, tal y como se ha especificado con anterioridad. Por otro lado, es importante señalar que a los 6 meses y con los análisis más exigentes de intención de tratar las comorbilidades del TEPT no

disminuyeron significativamente, ni siquiera la más numerosa, la que se da entre TEPT y depresión y ansiedad.

6.2.2 Análisis de la eficacia en función de la reducción en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad.

En cuanto al análisis del segundo índice de eficacia, basado en la sintomatología, en las figuras 28, 29 y 30 se representa la puntuación media que obtuvo el grupo de tratamiento tanto en el pretratamiento como en el seguimiento, para ambas muestras (seguimientos completos y seguimientos con intención de tratar) y en cada uno de los tres cuestionarios que medían la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad. Así, tal y como observamos en la figura 28, que hace referencia al PCL, aunque la puntuación media del grupo de tratamiento en la muestra de intención de tratar era superior a la de la muestra de completos, ambas se encontraban por encima del punto de corte o puntuación C y ambas disminuyeron después, en el seguimiento a seis meses pasando la media de 43,22 ($DT = 12,389$) a 29,83 ($DT = 15,949$) en la muestra de completos ($n = 18$), y de 45,91 ($DT = 15,563$) a 39 ($DT = 19,356$) en la de intención de tratar ($n = 35$) y situándose solamente para la muestra de completos, en el límite del punto de corte o puntuación C.

En el caso del BDI-II, la puntuación pretratamiento también se encontraba para ambas muestras por encima del punto de corte de 14 y tal y como ocurría en la PCL, existió un decremento de una media de 20,83 ($DT = 12,999$) a 11,72 ($DT = 12,024$) en la muestra de completos ($n = 18$), y de 24,11 ($DT = 14,654$) a un 19,43 ($DT = 15,989$) en la muestra de intención de tratar ($n = 35$), quedando solo el grupo de completos por debajo de la puntuación C en el seguimiento.

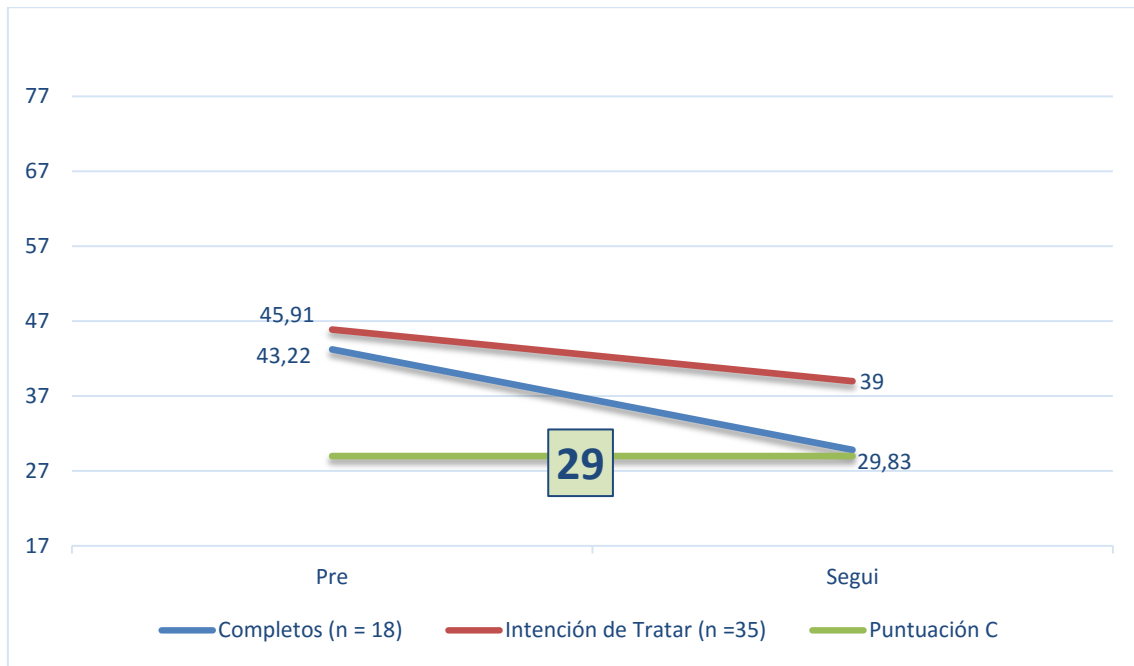


Figura 28. Comparación con la Puntuación C de las puntuaciones medias en sintomatología postraumática (medida mediante la PCL) del grupo de tratamiento en las evaluaciones pretratamiento y seguimiento (muestras de seguimientos completos y de seguimientos con intención de tratar)

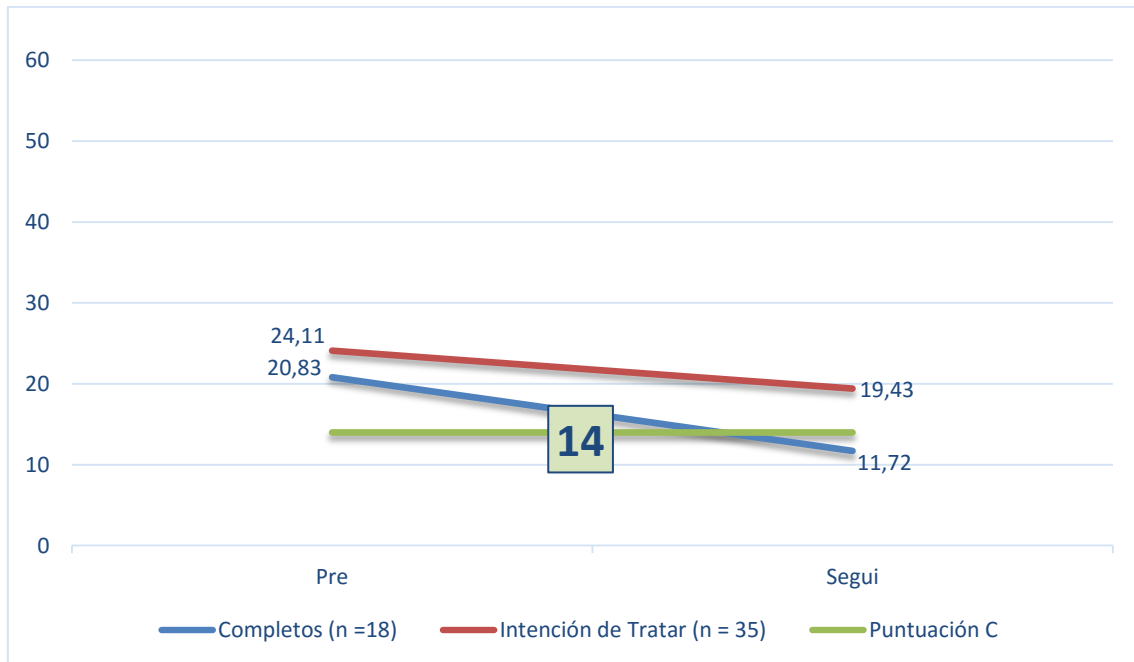


Figura 29. Comparación con la Puntuación C de las puntuaciones medias en sintomatología depresiva (medida mediante el BDI-II) del grupo de tratamiento en las evaluaciones pretratamiento y seguimiento (muestras de seguimientos completos y de seguimientos con intención de tratar)

Capítulo 6: Resultados

Por último y en lo que se refiere a la sintomatología de ansiedad, en general, medida mediante el BAI, nuevamente las puntuaciones estaban por encima del punto de corte establecido para marcar la significación clínica, en este caso, también 14. En esta ocasión, además, el patrón de descenso se repitió, disminuyendo en el grupo de completos ($n = 18$), que pasaron de un 16,72 ($DT = 10,889$) a un 10,39 ($DT = 13,819$), y en el grupo de intención de tratar ($n = 35$), que fueron de un 20,74 ($DT = 14,339$) a un 17,49 (16,706), solo con el grupo de completos por debajo de la puntuación C.

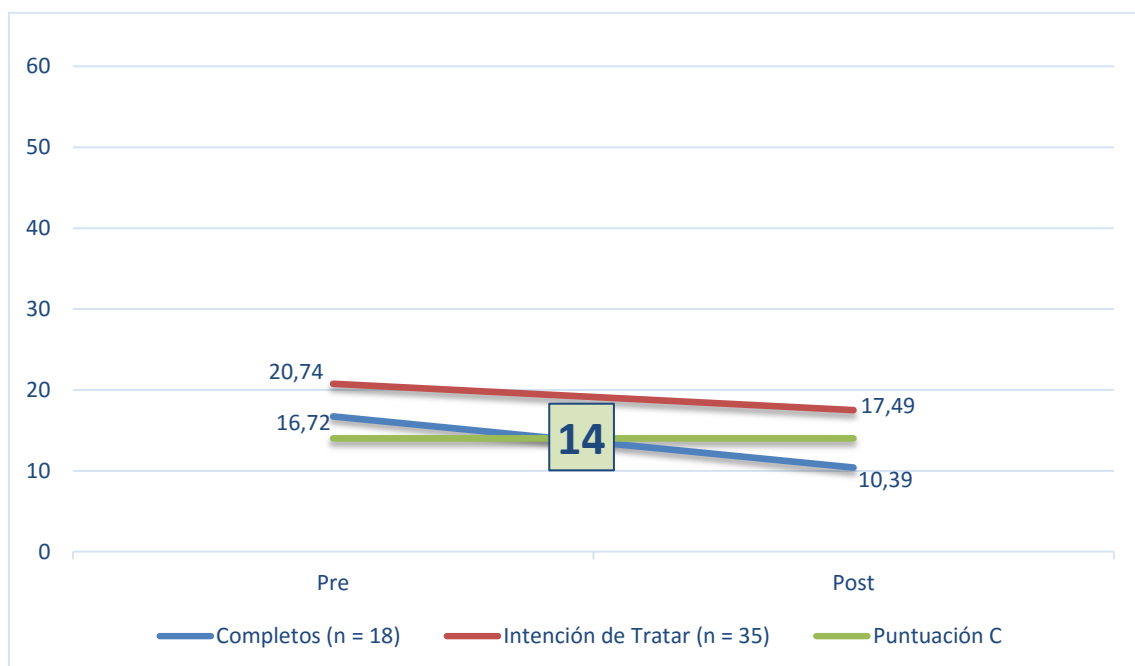


Figura 30. Comparación con la Puntuación C de las puntuaciones medias en sintomatología ansiosa (medida mediante el BAI) del grupo de tratamiento en las evaluaciones pretratamiento y seguimiento (muestras de seguimientos completos y de seguimientos con intención de tratar)

Para comprobar además, si esta diferencia pre/seguí se daba igual en cada una de las condiciones de tratamiento, se realizaron las pruebas t para medidas relacionadas que aparecen en la tabla 26. En ellas, podemos observar que, tanto en el grupo de completos como en el de intención de tratar existía un descenso significativo de la sintomatología postraumática desde el pretratamiento hasta el seguimiento ($p < ,001$).

En el BAI y BDI-II se podía ver también un descenso significativo aunque con mayor significación en el BDI-II ($p < ,01$) que en el BAI ($p < ,05$), y en ambas muestras.

6.2.3 Análisis de la eficacia en función de la significación clínica

Como en apartados anteriores, se utilizaron diferentes índices para dar cuenta de la significación clínica de los resultados obtenidos con la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, en concreto, el tamaño del efecto, la puntuación C y el índice de cambio fiable de Jacobson y Truax. Sin embargo, y puesto que no había en los análisis a 6 meses ningún grupo de control, no se mostrarán aquí tamaños del efecto entre grupos (solamente pre/seguí) y para los dos últimos índices no se realizarán análisis comparativos de ninguna clase, sino simplemente, descriptivos. Eso sí, todo para la muestra de completos y de intención de tratar.

En lo que respecta a los tamaños del efecto, si observamos nuevamente la tabla 26 donde aparecen los tamaños del efecto pre/seguí, veremos que para la muestra de completos el estadístico d de Cohen fue de 0,94 (para la PCL), 0,73 (para el BDI-II) y 0,51 (para el BAI), pudiendo considerarse el primero como grande, el segundo como medio y el tercero como pequeño, según los criterios de Cohen. Lógicamente, los tamaños del efecto a seis meses y con la muestra de intención de tratar fueron todavía más pequeños, siendo el estadístico de d de Cohen de 0,39 (para la PCL), 0,30 (para el BDI-II) y 0,21 (para el BAI), todos ellos en el rango de pequeños-medios, según los estándares de Cohen.

En segundo lugar y en lo que se refiere, al porcentaje de pacientes que tras el tratamiento se encontraron por debajo de la puntuación C (29 para la PCL y 14 para el BDI-II y el BAI; véanse Sanz, 2013, 2014; Sanz, y García-Vera, 2015), en la figura 31 puede observarse que en el grupo de completos y después del seguimiento a 6 meses, un

Capítulo 6: Resultados

66,7% de los pacientes habían disminuido sus puntuaciones en la PCL y BDI-II por debajo del punto de corte, mientras que un 83,3% habían hecho lo propio para el BAI. En el grupo de intención de tratar, sin embargo, solo un 45,7% habían pasado el punto de corte en la PCL y el BDI-II y un 57,1% para el BAI (véase la figura 32).

Además, si tenemos en cuenta el criterio más exigente de Jacobson y Truax del índice de cambio fiable o RCI (1991; McGlinchey, Atkins y Jacobson, 2002), la muestra de completos en el seguimiento tenía un 61,1%, un 44,4% y un 38,9% de los casos que habrían *mejorado* su trastorno de estrés postraumático (según la PCL), sus trastornos depresivos (según el BDI-II) y sus trastornos ansiosos (según el BAI), respectivamente, lo que quiere decir que habrían disminuido su puntuación en 12 o más puntos para la PCL y en 10 o más puntos en el BDI-II y el BAI. Además, un 55,6%, un 38,9% y otro 38,9% se podrían considerar *recuperados* de sus trastorno de estrés postraumático y de sus trastornos depresivos y ansiosos respectivamente, puesto que también habrían disminuido sus puntuaciones en la PCL, el BDI-II y el BAI por debajo de la puntuación de corte (nótese que en el caso del BAI todos los mejorados estaban también recuperados). Por el contrario, un 33,3%, un 55,6% y un 50% permanecerían *sin cambios* para sus trastornos (medidos con la PCL, BDI-II y BAI respectivamente) e incluso un 5,6% y un 11,1% habrían empeorado en la PCL y el BAI respectivamente, aunque ninguno lo habría hecho en el BDI-II.

En el grupo de intención de tratar, el porcentaje de pacientes *mejorados* sería menor, de 31,4%, 22,9%, y 20% para la PCL, el BDI-II y el BAI, en este orden. Además, un 28,6% se habrían *recuperado* para sus trastornos de estrés postraumático (según la PCL) y un 20% lo habrían hecho para sus trastornos depresivos y trastornos de ansiedad (según el BDI-II y el BAI), siendo en el caso del BAI otra vez todos los mejorados recuperados. Un porcentaje mayor de personas, de 65,7%, 77,1% y 74,3% permanecerían *sin cambios* en la PCL, el BDI-II y el BAI y un 2,9% y 5,7% habrían

incluso *empeorado* para sus trastornos de estrés postraumático, y ansiosos, sin casos empeorados en el BDI-II.

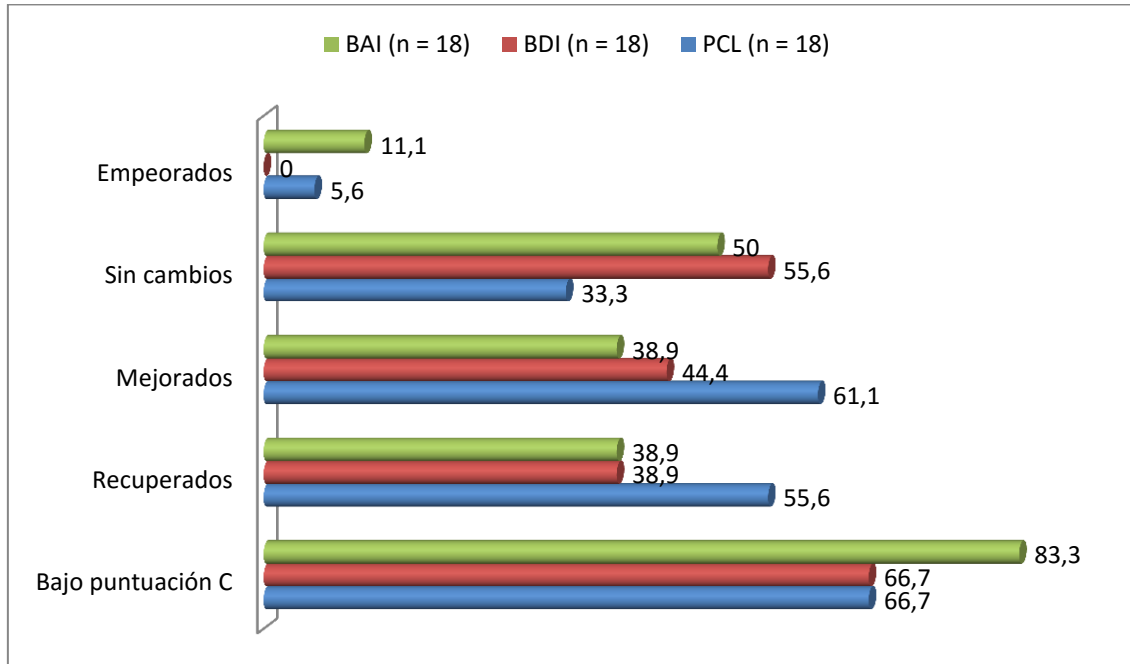


Figura 31. Porcentaje de pacientes empeorados, sin cambios, mejorados, recuperados y con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación de seguimiento del grupo tratamiento (muestra de seguimientos completos).

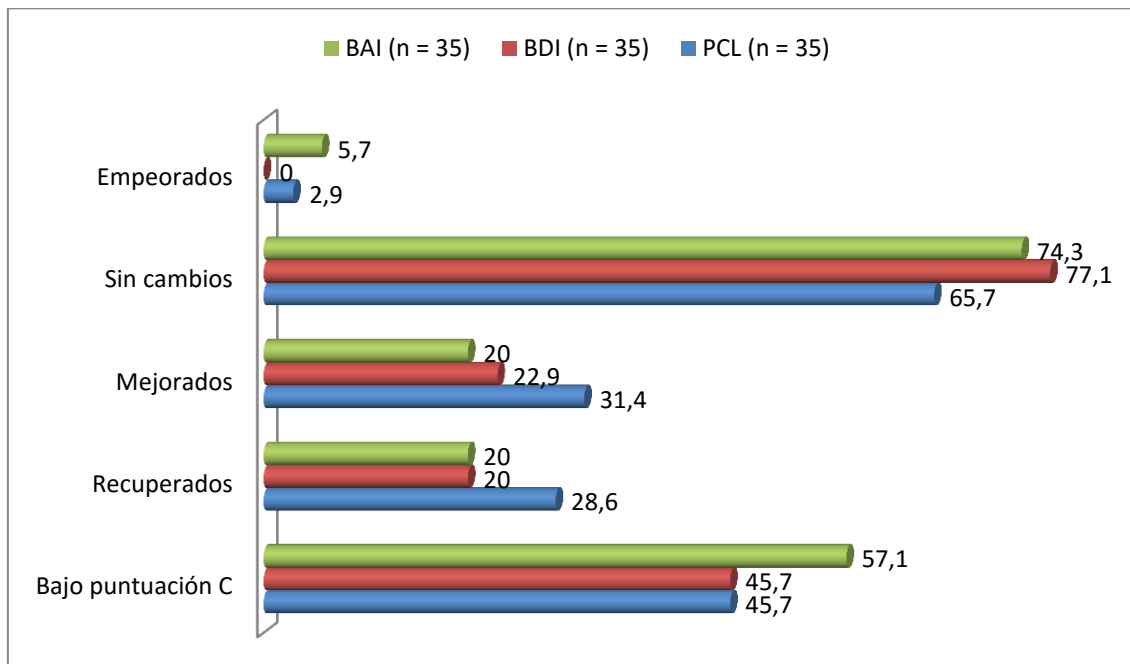


Figura 32. Porcentaje de pacientes empeorados, sin cambios, mejorados, recuperados y con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación de seguimiento del grupo tratamiento (muestra de seguimientos con intención de tratar).

Tabla 25. Diferencias en la muestra de seguimientos completos y de seguimientos con intención de tratar en la prevalencia del TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades entre el pretratamiento (Pre) y el seguimiento (Segui) y significación de las pruebas de McNemar.

Trastornos mentales	Análisis de completos (prueba de McNemar)		Análisis de intención de tratar (prueba de McNemar)	
	Pre (<i>n</i> = 18)	Segui (<i>n</i> = 18)	Pre (<i>n</i> = 35)	Segui (<i>n</i> = 35)
TEPT	50	0**	48,6	22,9**
TDM	61,1	5,6**	48,6	20**
Otros trastornos de ansiedad	83,3	33,3*	80	48,6*
TEPT+Depresión+Ansiedad	33,3	0*	25,7	14,3
TEPT+Depresión	11,1	0	17,1	5,7
TEPT+Ansiedad	5,6	0	5,7	2,9
Depresión+Ansiedad	11,1	11,1	8,6	8,6

Nota. Todos los valores son porcentajes. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$. **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$. ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

Tabla 26. Comparación en la muestra de seguimientos completos y seguimientos con intención de tratar de los niveles medios de sintomatología psicológica entre el pretratamiento (Pre) y el seguimiento (Segui) y significación de las pruebas de t de Student y tamaños del efecto pre/seguimiento para cada muestra.

Sintomatología	Análisis de completos (t de Student)			Intención de tratar (t de Student)		
	Pre ($n = 18$)	Segui ($n = 18$)	d (pre/segui)	Pre ($n = 35$)	Segui ($n = 35$)	d (pre/segui)
Estrés pos-traumático (PCL)	43,22 (12,39)	29,83*** (15,95)	0,94	45,91 (15,56)	39*** (19,36)	0,39
Depresión (BDI-II)	20,83 (12,99)	11,72** (12,02)	0,73	24,11 (14,65)	19,43** (15,99)	0,30
Ansiedad (BAI)	16,72 (10,89)	10,39* (13,82)	0,51	20,74 (14,33)	17,49* (16,70)	0,21

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se indique otra cosa. Pre = pretratamiento. Segui = seguimiento. d = estadístico d de Cohen de tamaño del efecto (diferencia estandarizada entre medias pretratamiento/seguimiento para cada muestra). PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$; **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$; ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

6.3 Eficacia del tratamiento con todos los postratamientos y seguimientos completos

En este apartado, se describirá la muestra de todos aquellos participantes que completaron el proceso de investigación con independencia de los grupos (experimental y control) a los que fueran asignados aleatoriamente. Es decir, en primer lugar, se tendrán en cuenta no solo a aquellas personas del grupo de tratamiento que completaron el tratamiento ($n = 25$), sino también a aquellas otras del grupo de control que después de su tiempo de espera, también iniciaron y completaron el tratamiento ($n = 15$) y en segundo, no solo a aquellas personas del grupo de tratamiento que completaron el seguimiento ($n = 18$) sino también a aquéllos del grupo de control que iniciaron y completaron tanto el tratamiento como el seguimiento ($n = 13$). Por tanto, los análisis que se pasarán a describir a continuación no son análisis de comparación entre grupos, sino el análisis pre-post (o pre-seguimiento) del conjunto de personas que completaron bien el tratamiento ($n = 40$) o bien el seguimiento ($n = 31$).

En esta ocasión, además, no se realizaron análisis de intención de tratar, sino que simplemente se tuvo en cuenta a las personas que habían completado el proceso de investigación.

Para simplificar la descripción de estos resultados, en este apartado los análisis de postratamiento y de seguimiento se tendrán en cuenta a la vez, aunque, una vez más, según los tres índices de eficacia: diagnósticos, sintomatología y significación clínica.

6.3.1 Análisis de la eficacia en función de la presencia de TEPT, trastornos de ansiedad o depresión diagnosticables

En cuanto al diagnóstico, en las figuras 33 y 34 se representa la prevalencia comparada de los diagnósticos en el grupo de todos los postratamientos completos ($n = 40$) al empezar el tratamiento y tras finalizarlo, así como la distribución del TEPT en el pre y postratamiento.

Si examinamos la figura 33 observamos que, exactamente la mitad de la muestra (50%) tenía un TEPT antes de comenzar el tratamiento, y exactamente el mismo porcentaje (50%), TDM, siendo ambos los dos trastornos más prevalentes. Por otro lado, como también ocurría para la muestra total, los trastornos de ansiedad diferentes al TEPT, tenidos en cuenta en su conjunto, suponían una gran mayoría de la muestra (80%).

Todo esto, además, era coherente con la distribución y la comorbilidad del TEPT con otros trastornos en el pretratamiento. Tal y como puede apreciarse en la figura 34 el TEPT solo aparecía de manera aislada en el 5% de los casos diagnosticados. En el 95% restante lo hacía de manera conjunta a otros trastornos, sobre todo, con algún trastorno de ansiedad y algún trastorno depresivo, en un 55% de las personas diagnosticadas con TEPT y un 27,5% de la muestra total. A continuación, estaría el porcentaje de personas diagnosticadas con TEPT y comorbilidad con otros trastornos depresivos y con más distancia, de ansiedad, que suponían un 30% y un 10% respectivamente de las personas diagnosticadas con TEPT, así como un 15% y un 5% de la muestra total. La comorbilidad entre trastornos depresivos y ansiosos representaba en este caso un 5%.

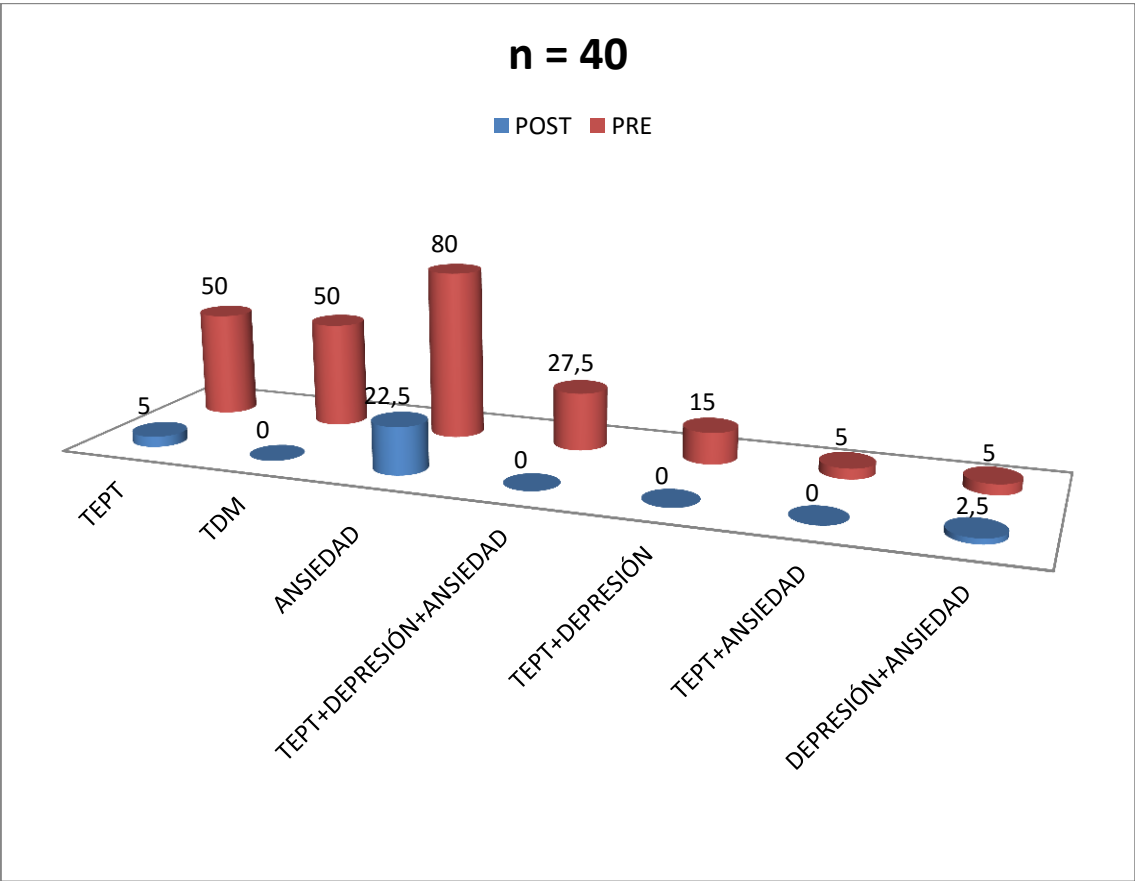


Figura 33. Prevalencia (%) de TEPT, trastornos depresivos, trastornos ansiosos y comorbilidades en la evaluación pretratamiento y postratamiento de los grupos de tratamiento y de LE (muestra de todos los postratamientos completos)

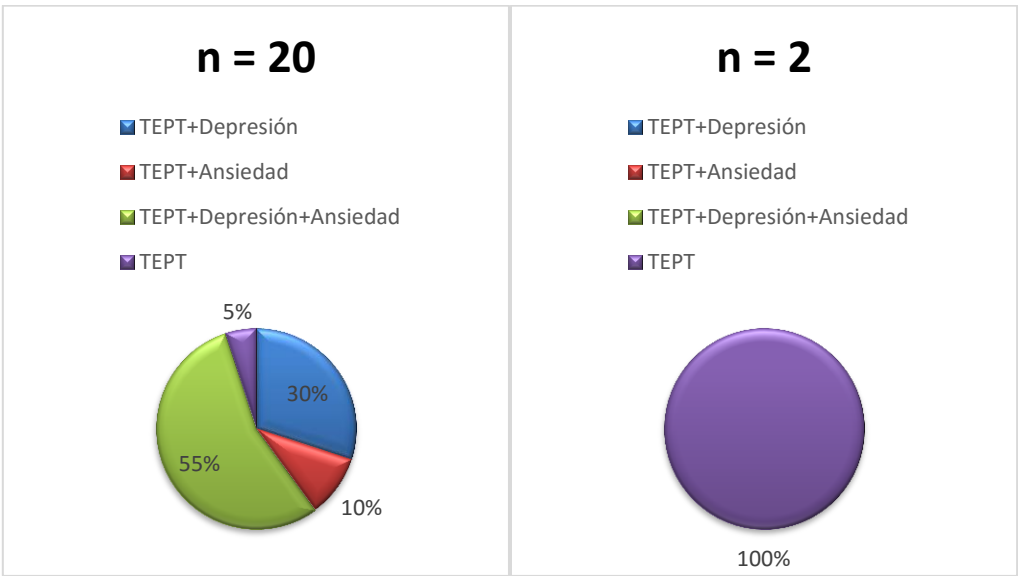


Figura 34. Distribución de las formas de presentación del TEPT en la evaluación pretratamiento y postratamiento de los grupos de tratamiento y de LE (muestra de todos los postratamientos completos)

En cuanto al postratamiento, el TDM descendió a un porcentaje de 0%, sin embargo, el TEPT permaneció en un 5% de las ocasiones y lo hizo además, sin comorbilidad (véase la figura 34). Quedaba un porcentaje del grupo más numeroso de personas diagnosticadas con otros trastornos de ansiedad (22,5%). De manera coherente, existía otro porcentaje residual de personas con comorbilidad ansioso-depresiva general, con la parte depresiva representada por la distimia (2,5%) (véase la figura 33)

En cuanto a la muestra de seguimientos con todos los datos completos (véase la figura 35), en el pretratamiento observamos que también aproximadamente la mitad de la muestra (48,4%) tenía un TEPT, aunque no era el trastorno más prevalente, puesto que éste seguía siendo el TDM, diagnosticado en un 51,6% de las ocasiones. La muestra de trastornos de ansiedad en su conjunto supuso una vez más la gran mayoría (80,7%).

Todo esto, por supuesto, paralelo a la distribución del TEPT, que en el pretratamiento aparecía de manera aislada solamente en un 6,7% de las ocasiones, siendo el restante 93,3% comórbido a otras patologías, la más frecuente, la triple combinación TEPT-trastornos depresivos-trastornos ansiosos, que suponía un 60% de las personas diagnosticadas con TEPT y un 29% de la muestra total. Las comorbilidades entre TEPT y depresión y TEPT y otros trastornos de ansiedad supondrían un 26,6% y un 6,7% de los diagnósticos de TEPT (un 12,9% y 3,2% de la muestra total) (véanse las figuras 35 y 36). La comorbilidad entre trastornos depresivos y otros trastornos de ansiedad se vería representada por un 6,4% de la muestra en general (véase la figura 36).

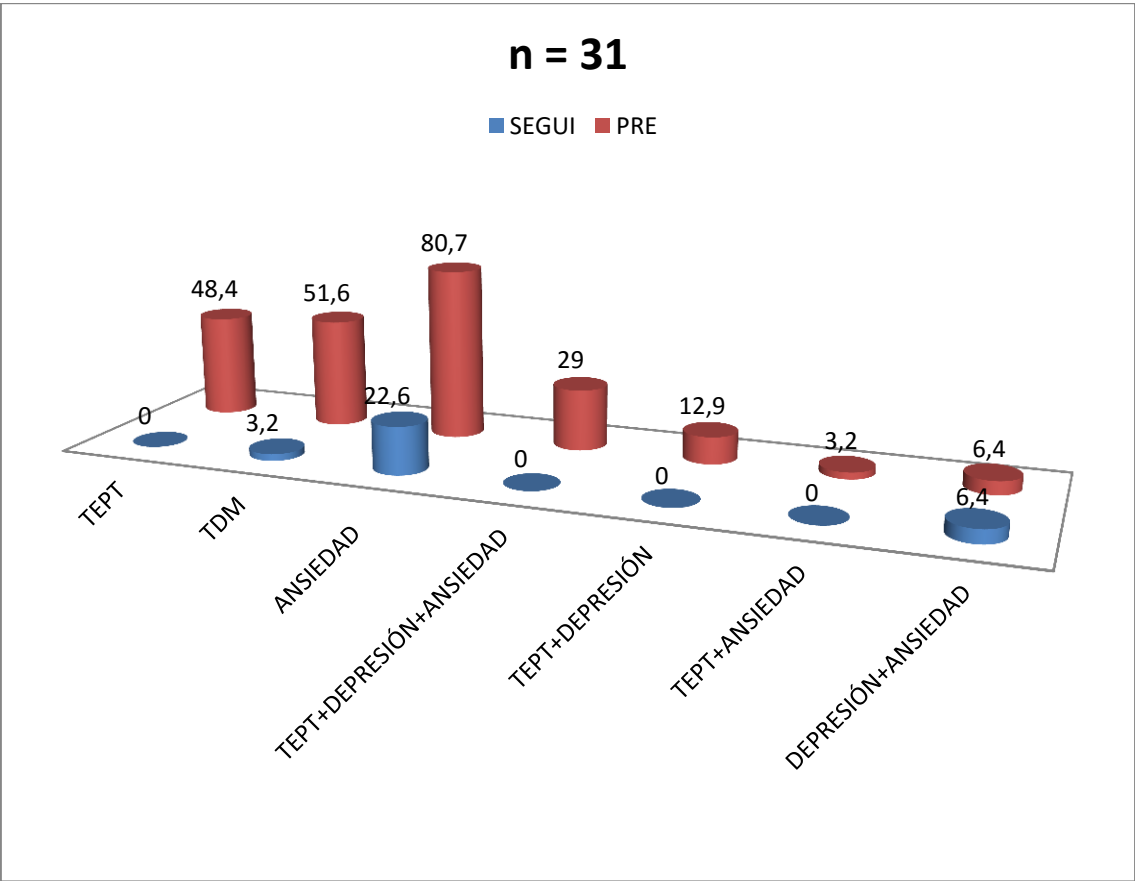


Figura 35. Prevalencia (%) de TEPT, trastornos depresivos, trastornos ansiosos y comorbilidades en la evaluación pretratamiento y seguimiento de los grupos de tratamiento y de LE (muestra de todos los seguimientos completos)

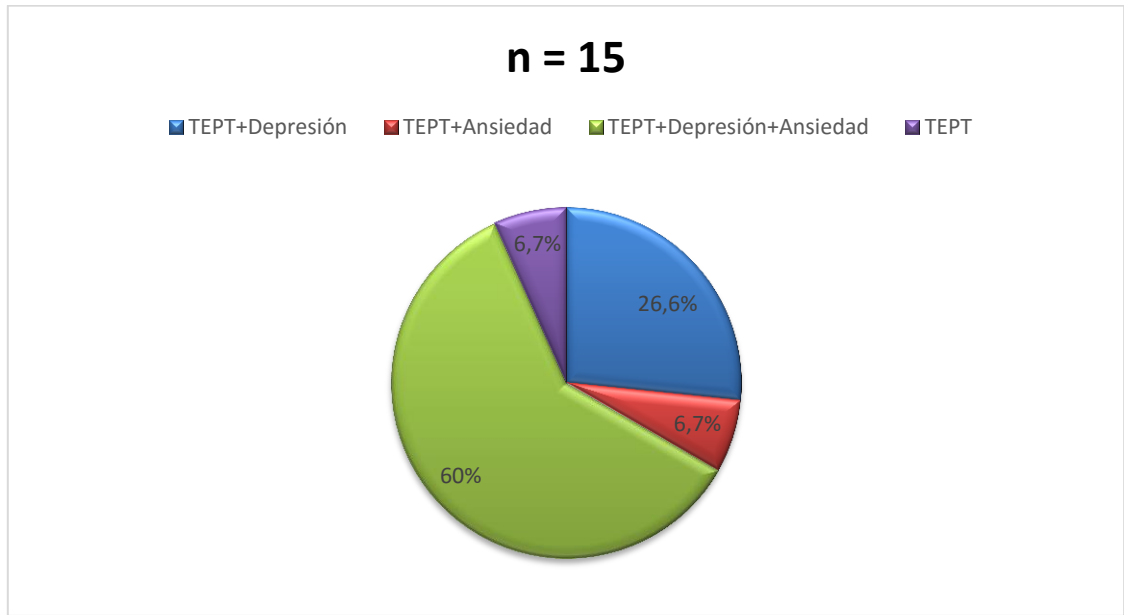


Figura 36. Distribución de las formas de presentación del TEPT en la evaluación de pretratamiento de los grupos de tratamiento y de LE (muestra de todos los seguimientos completos)

Tal y como se muestra en la figura 35, para esta muestra de seguimientos con todos los datos completos el TEPT y por supuesto, todas sus patologías disminuyeron a cero. Quedaría también en esta ocasión un porcentaje residual (22,6%) de personas con otros trastornos de ansiedad pero también con TDM (3,2%). Lógicamente, se conservaría un 6,4% de pacientes con comorbilidad entre estas dos últimas categorías, comorbilidad que, por otro lado, se mantenía inalterable entre el pre y el seguimiento.

En la tabla 27 se muestra la prevalencia del TEPT, el TDM y los trastornos de ansiedad en el pre y el post ($n = 40$) y el pre y el seguimiento ($n = 31$). Teniendo en cuenta primeramente a los 40 participantes que completaron el postratamiento y en cuanto a la significación de las diferencias pre/post, medidas mediante las pruebas de McNemar, puede observarse que la prevalencia del TDM disminuía de forma completa y con la mayor significación estadística ($p < ,001$) en el postratamiento. Aunque ni en el TEPT ni en los trastornos de ansiedad distintos al TEPT la reducción pre-post fue completa, sí reflejó un descenso marcado y estadísticamente significativo ($p < ,001$) de 45 y 57,5 puntos porcentuales, de manera que la prevalencia pasó de 50% en el pretratamiento a un 5% en el postratamiento para el TEPT y de un 80% en el pretratamiento a un 22,5% en el postratamiento para el resto de trastornos de ansiedad. Por otro lado, también es reseñable considerar que la comorbilidad más importante, la que se daba entre TEPT y depresión y ansiedad, al hilo de todo lo anterior, también mostraba una reducción completa (de 27,5% a 0%) y con la mayor significación ($p < ,001$), e incluso el tándem TEPT y depresión, que también disminuía de forma completa (de 15% a 0%), lo hacía de manera estadísticamente significativa ($p < ,05$).

En cuanto a la muestra de seguimientos, en la misma tabla 27 se observan resultados muy similares a los obtenidos en la muestra completa. En esta ocasión el TEPT sí disminuyó de manera completa y con la máxima significación ($p < ,001$) y los trastornos depresivos y ansiosos, aunque no disminuían de manera completa, volvían a

marcar diferencias con la máxima significación estadística ($p < ,001$), pasando de un 51,6% y un 80,7% a un 3,2% y un 22,6% respectivamente, lo que suponía una disminución de 48,4 y 58,1 puntos porcentuales. También en esta ocasión la triple comorbilidad mostraba un decremento completo (de 29% a 0%) estadísticamente significativo, aunque con significación menor ($p < ,01$) y el resto de comorbilidades, aunque también disminuían de manera completa, no lo hacían de una manera estadísticamente significativa.

6.3.2 Análisis de la eficacia en función de la reducción en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad.

En cuanto al análisis del segundo índice de eficacia, basado en la sintomatología, en las figuras 37, 38 y 39 se representa la puntuación media que obtuvieron todos los pacientes (del grupo experimental o el grupo control) que habían completado tanto el postratamiento ($n = 40$) como el seguimiento ($n = 31$) y en cada uno de los tres cuestionarios que medían la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad. Así, tal y como observamos en la figura 37, que hace referencia a la PCL, las puntuaciones pretratamiento de ambas muestras fueron muy similares, encontrándose en ambos casos por encima del punto de corte o puntuación C. Ambas disminuyeron además, en los distintos momentos de medida pasando la media de 39,63 ($DT = 15,613$) a 27,05 ($DT = 8,315$) en postratamiento ($n = 38$) y de 39,84 ($DT = 13,816$) a 26,94 ($DT = 13,599$) en el seguimiento ($n = 31$). En ambos casos, además, las puntuaciones por debajo del punto de corte e incluso de manera más pronunciada en el seguimiento.

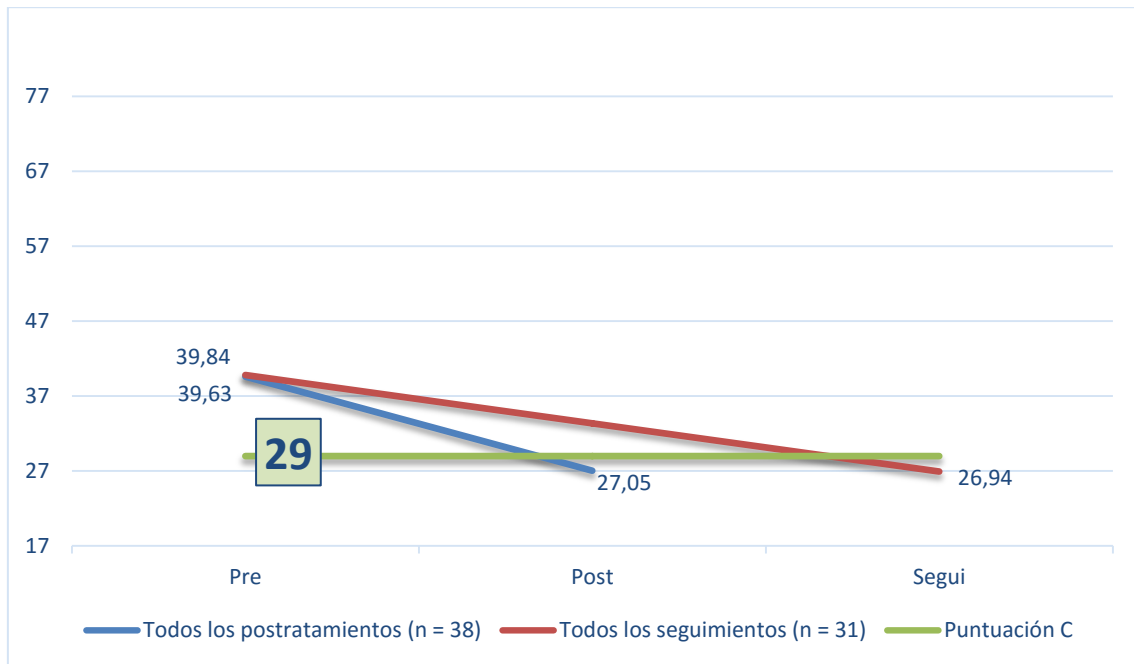


Figura 37. Comparación con la Puntuación C de las puntuaciones medias en sintomatología postraumática (medida mediante la PCL) de los grupos de tratamiento y LE en las evaluaciones pretratamiento y postratamiento y pretratamiento y seguimiento (muestra de todos los postratamientos y seguimientos completos)

En el caso del BDI-II, las puntuaciones medias pretratamiento también fueron muy similares, pasando ambas por encima del punto de corte. Tal y como ocurría en la PCL, en el BDI-II existió un decremento que iba, en el postratamiento ($n = 39$), de un 19,51 ($DT = 13,981$) a 8,56 ($DT = 9,553$) y en el seguimiento ($n = 31$) de 18,77 ($DT = 13,431$) a un 9,58 ($DT = 10,607$), quedando ambas puntuaciones holgadamente por debajo del punto de corte (véase la figura 38).

Por último y en lo que se refiere a la sintomatología de ansiedad, nuevamente las puntuaciones, muy similares, se situaban por encima del punto de corte establecido para marcar la significación clínica, en este caso, también 14. En esta ocasión, además, el patrón de descenso se repetía, disminuyendo en el primer caso de un 15,82 ($DT = 12,422$) a 6,54 ($DT = 7,387$), y en el segundo, de un 15,61 ($DT = 11,887$) a un 9,97 ($DT = 13,669$), también en esta ocasión con ambas puntuaciones rebasando ampliamente el punto de corte (véase la figura 39)

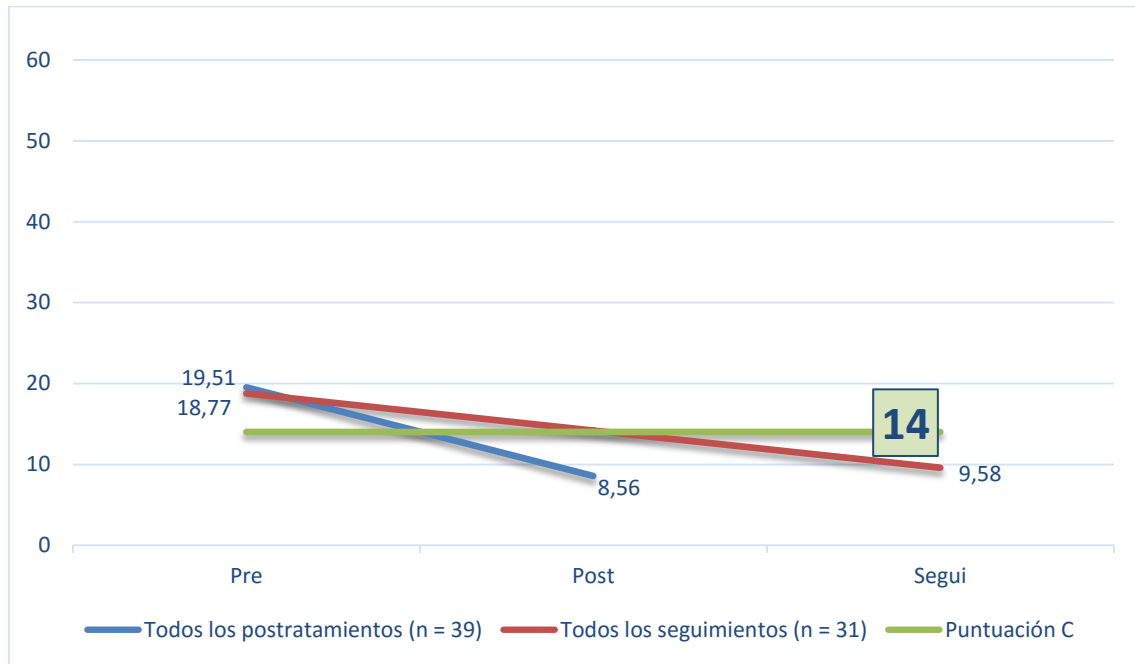


Figura 38. Comparación con la Puntuación C de las puntuaciones medias en sintomatología depresiva (medida mediante el BDI-II) de los grupos de tratamiento y LE en las evaluaciones pretratamiento y postratamiento y pretratamiento y seguimiento (muestra de todos los postratamientos y seguimientos completos)

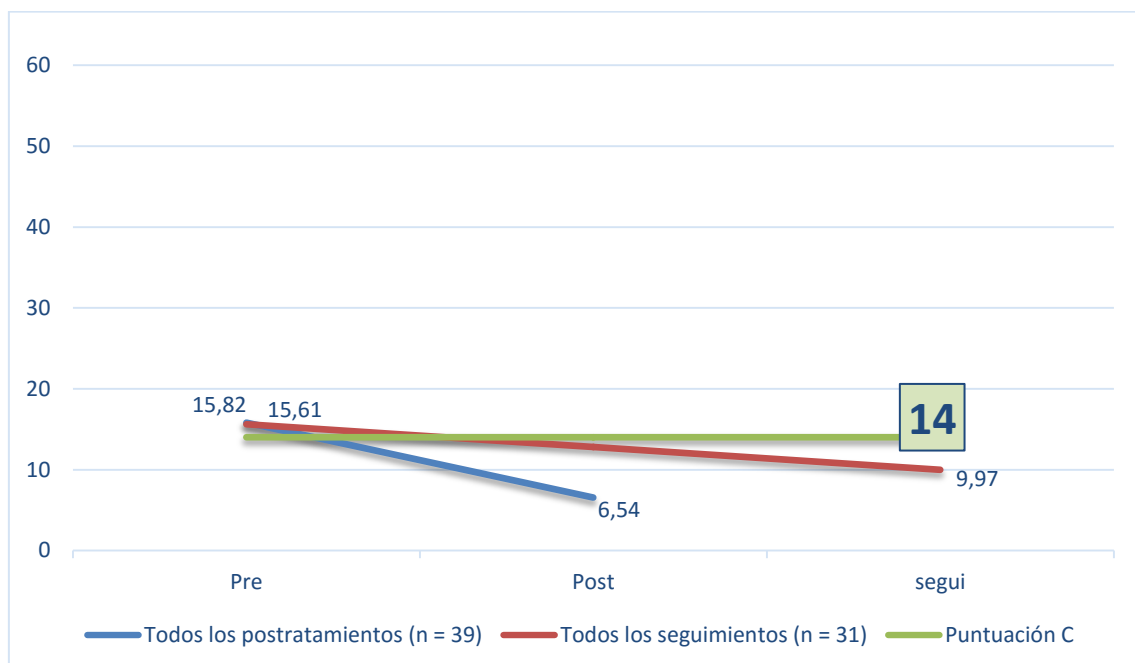


Figura 39. Comparación con la Puntuación C de las puntuaciones medias en sintomatología ansiosa (medida mediante el BAI) de los grupos de tratamiento y LE en las evaluaciones pretratamiento y postratamiento y pretratamiento y seguimiento (muestra de todos los postratamientos y seguimientos completos)

Para comprobar además, si estas diferencias pre/post o pre/seguimiento se daban igual en cada una de las condiciones de tratamiento, se realizaron las pruebas *t* para medidas relacionadas que aparecen en la tabla 28. En ellas, podemos observar que, tanto en el primer grupo (todos los postratamientos) como en el segundo (todos los seguimientos) existió un descenso significativo y con la mayor significación en los tres cuestionarios ($p < ,001$).

6.3.3 Análisis de la eficacia en función de la significación clínica

En lo que respecta a los tamaños del efecto, si observamos nuevamente la tabla 28 donde aparecen los tamaños del efecto pre/post y pre/segui, veremos que para la muestra de todos los postratamientos completos el estadístico *d* de Cohen fue de 1,01 (para la PCL), 0,91 (para el BDI-II) y 0,91 (para el BAI), considerados todos ellos como grandes, según los criterios de Cohen. Los tamaños del efecto a seis meses fueron más pequeños, siendo el estadístico de *d* de Cohen de 0,94 (para la PCL), 0,76 (para el BDI-II) y 0,44 (para el BAI), grande, medio y pequeño, respectivamente.

En segundo lugar y en lo que se refiere, al porcentaje de pacientes que tras el tratamiento se encontraron por debajo de la puntuación C, en la figura 40, puede observarse que en el grupo de personas que completan el postratamiento independientemente de su condición experimental asignada, un 62,5%, un 80% y un 85% de los pacientes habían disminuido sus puntuaciones en la PCL, BDI-II y BAI por debajo del punto de corte. En el grupo de seguimiento, se encontraron porcentajes parecidos de 74,2%, 71% y 80,6%, para PCL, BDI-II y BAI, que fueron similares e incluso mejores a los anteriores para la PCL (véase la figura 41).

Además, si tenemos en cuenta el criterio más exigente de Jacobson y Truax del índice de cambio fiable o RCI (1991; McGlinchey, Atkins y Jacobson, 2002), un 42,5%

Capítulo 6: Resultados

de los casos habrían *mejorado* su trastorno de estrés postraumático (según la PCL) y un 40% lo habían hecho para sus trastornos depresivos (según el BDI-II) y sus trastornos ansiosos (según el BAI). Además, un 22,5% para la PCL y un 32,5% para el BDI-II y el BAI podrían considerarse *recuperados*. Por el contrario, un 47,5%, 52,5% y 57,5% permanecerían *sin cambios* para sus trastornos (medidos con la PCL, BDI-II y BAI respectivamente) y un 5% habrían empeorado sus puntuaciones en la PCL y el BDI-II, aunque ninguno habría empeorado en el BAI.

A los 6 meses, el porcentaje de pacientes *mejorados* sería prácticamente igual o incluso mayor para la PCL y BDI-II (54,8% y 41,9% respectivamente), aunque un poco menor para el BAI (29%). Prácticamente lo mismo ocurriría para los *recuperados*, que son más en el caso de la PCL (48,4%), prácticamente los mismos para el BDI-II (32,3%) y menos para el BAI (29%). Nótese, además que para este último todos los mejorados son recuperados. Por otro lado, tendríamos un porcentaje mayor de personas que permanecen *sin cambios* para el BDI-II y el BAI (58,1% y 64,5%), pero menor para la PCL (41,9%). Y en todo caso, habría que considerar que un 6,5% de las personas habría *empeorado* en sus trastornos de ansiedad y un 3,2% lo habría hecho en su estrés postraumático, aunque en el BDI-II no existen empeorados (a pesar de que sí existían en la muestra de postratamientos).

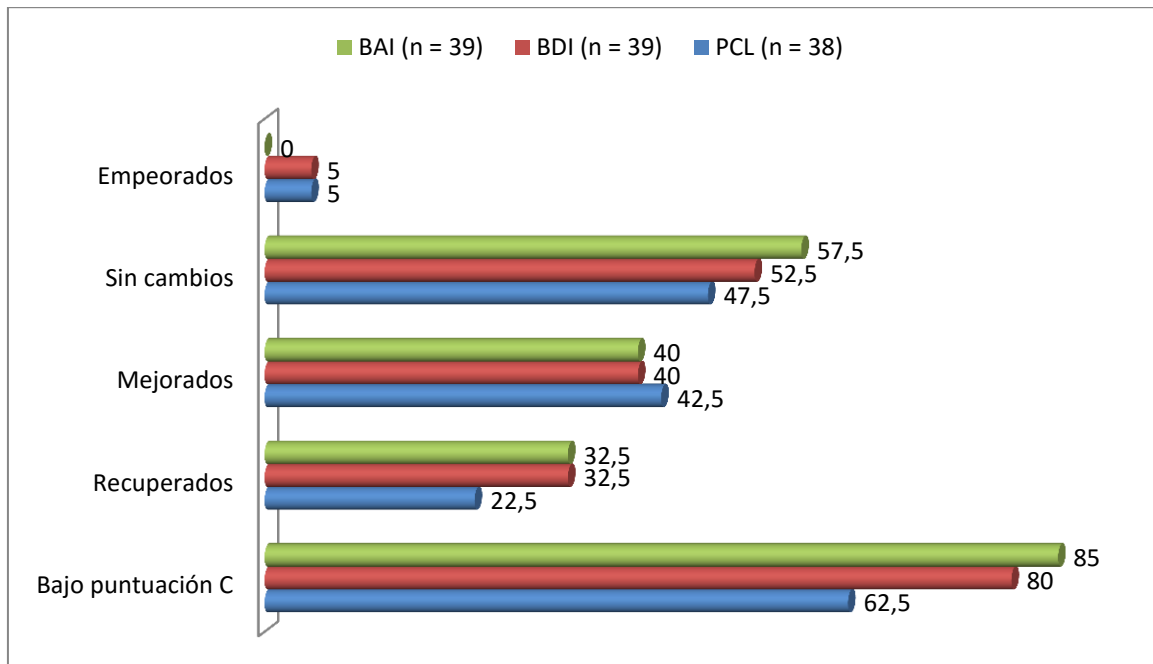


Figura 40. Porcentaje de pacientes empeorados, sin cambios, mejorados, recuperados y con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación de postratamiento de los grupos de tratamiento y LE (muestra de todos los postratamientos completos).

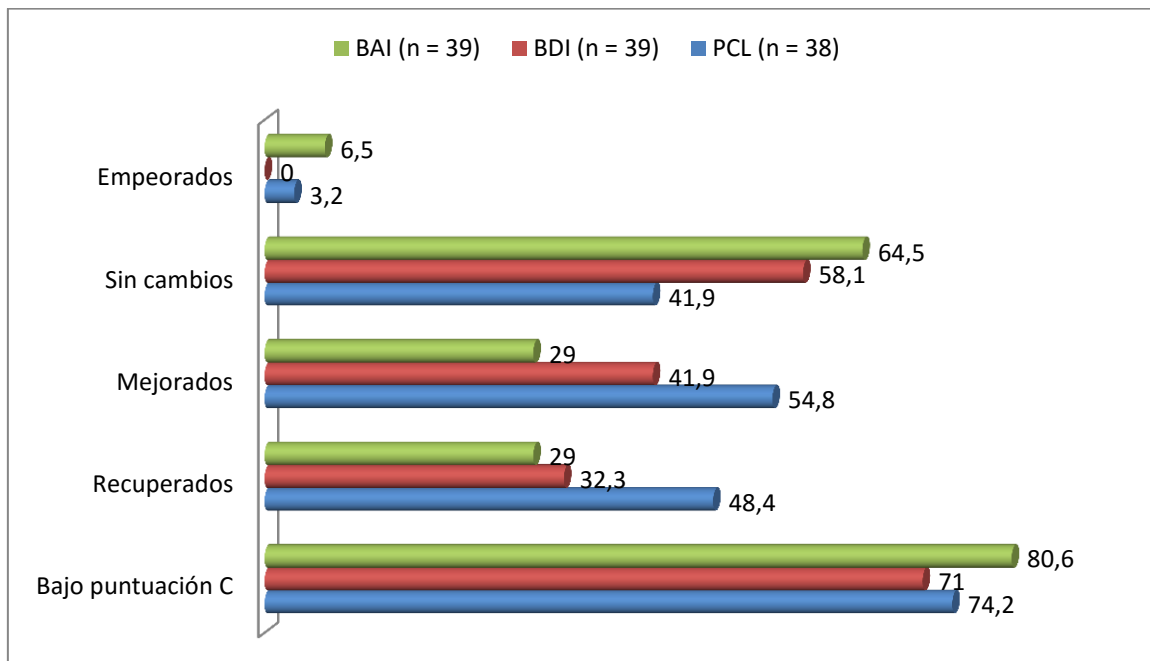


Figura 41. Porcentaje de pacientes empeorados, sin cambios, mejorados, recuperados y con una puntuación por debajo de la puntuación C en la evaluación de seguimiento de los grupos de tratamiento y LE (muestra de todos los seguimientos).

Tabla 27. Diferencias en la muestra de todos los postratamientos y todos los seguimientos completos en la prevalencia del TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades entre el pretratamiento (Pre) y el postratamiento (Post) o en el pretratamiento (Pre) y el seguimiento (Segui) y significación de las pruebas de McNemar.

Trastornos mentales	Postratamientos (prueba de McNemar)		Seguimientos (prueba de McNemar)	
	Pre (<i>n</i> = 40)	Post (<i>n</i> = 40)	Pre (<i>n</i> = 31)	Segui (<i>n</i> = 31)
TEPT	50	5***	48,4	0***
TDM	50	0***	51,6	3,2***
Otros trastornos de ansiedad	80	22,5***	80,7	22,6***
TEPT+Depresión+Ansiedad	27,5	0***	29	0**
TEPT+Depresión	15	0*	12,9	0
TEPT+Ansiedad	5	0	3,2	0
Depresión+Ansiedad	5	2,5	6,4	6,4

Nota. Todos los valores son porcentajes. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$. **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$. ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

Tabla 28. Comparación en la muestra de todos los postratamientos y todos los seguimientos completos de los niveles medios de sintomatología psicológica entre el pretratamiento (Pre) y el postratamiento (Post) y el pretratamiento (Pre) o el seguimiento (Segui) y significación de las pruebas de *t* de Student y tamaños del efecto pre/post y pre/seguimiento para cada grupo.

Sintomatología	Análisis de postratamiento (<i>t</i> de Student)			Análisis de Seguimiento (<i>t</i> de Student)		
	Pre	Post	<i>d</i> (pre/post)	Pre	Segui	<i>d</i> (pre/segui)
Estrés pos-traumático (PCL) (<i>post</i> <i>n</i> =38; <i>seguí</i> <i>n</i> =31)	39,63 (15,613)	27,05*** (8,315)	1,01	39,84 (13,816)	26,94 *** (13,599)	0,94
Depresión (BDI-II) (<i>post</i> <i>n</i> =39; <i>seguí</i> <i>n</i> =31)	19,51 (13,981)	8,56 *** (9,553)	0,91	18,77 (13,431)	9,58*** (10,607)	0,76
Ansiedad (BAI) (<i>post</i> <i>n</i> =39; <i>seguí</i> <i>n</i> =31)	15,82 (12,422)	6,54*** (7,387)	0,91	15,61 (11,887)	9,97*** (13,669)	0,44

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis), salvo que se indique otra cosa. Pre = pretratamiento. Post = postratamiento. Segui = seguimiento. *d* = estadístico *d* de Cohen de tamaño del efecto (diferencia estandarizada entre medias pretratamiento/postratamiento o pretratamiento/seguimiento). PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck. *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$; **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$; ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

6.4 Eficacia del tratamiento combinado con otros tratamientos psicológicos y/o psicofarmacológicos

Dado que el que los pacientes estuvieran recibiendo ayuda profesional por problemas relacionados con el atentado no era uno de los criterios de exclusión de estudio y que de hecho, en el momento de la evaluación pretratamiento ($n = 120$) un 35% de la muestra general estaba recibiendo ayuda psiquiátrica y un 9,2% psicológica, se juzgó oportuno realizar análisis sobre la contribución que cada una de esas modalidades de tratamiento añadidas podrían tener sobre los resultados del tratamiento que se ha venido analizando hasta este momento.

Sin embargo, cuando se analizaron los datos solamente del grupo experimental (que realiza el tratamiento), se encontró que, de aquellas personas que habían completado el tratamiento (grupo experimental de completos $n = 25$) tan solo 1 (4%) había recibido tratamiento psicológico adicional a la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. Incluso, si se tenía en cuenta la muestra de intención de tratar (incluyendo los abandonos) y la de todas las personas que habían completado el tratamiento (incluyendo al grupo de control), solamente 2 (5%; $n = 35$) y 5 (14,3%; $n = 40$) se encontraban en esa circunstancia.

Por otro lado, 7 personas del grupo experimental habían completado el tratamiento recibiendo medicación a la vez (28% $n = 25$). En el caso de la muestra de intención de tratar el número aumentaba a 12 (34,3%; $n = 35$) y también había 12 (30%; $n = 40$) del grupo de todas las personas que completaron el tratamiento (incluyendo al grupo de control) que habían simultaneado la terapia psiquiatra con la TCC centrada en el trauma que nos ocupa.

Debido al escaso tamaño muestral de la combinación de terapia psicológica con la TCC centrada en el trauma, en el presente apartado solamente se tendrá en cuenta la combinación con terapia psicofarmacológica e incluso entonces, habrá que tener en cuenta que los tamaños muestrales de este subgrupo combinado seguían siendo demasiado pequeños, por lo que las conclusiones que de aquí se deriven, deberán ser interpretadas con cautela.

Así, en este apartado se analizarán los resultados del tratamiento (a corto y largo plazo) en función de si los participantes recibieron nuestra terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma de manera aislada o combinada con terapia psiquiátrica, todo ello, además, en diferentes muestras. Por un lado, las que a partir de aquí llamaremos como muestras de completos (que incluyen la muestra del grupo experimental que completó el tratamiento y/o el seguimiento y también la del grupo de todas las personas -del grupo experimental o control- que completaron el tratamiento y/o el seguimiento) y las respectivas muestras de intención de tratar. Estos análisis se realizaron, una vez más, según los tres índices de eficacia descritos hasta ahora: prevalencia de diagnósticos, nivel medio en sintomatología y significación clínica.

6.4.1 Análisis de la medicación combinada en función de la presencia de TEPT, trastornos de ansiedad o depresión diagnosticables

Antes de analizar los porcentajes de prevalencia de las personas que habían recibido terapia combinada (TCC centrada en el trauma y terapia psicofarmacológica) o aislada (solo TCC centrada en el trauma), es importante conocer si existían diferencias clínicas entre estos dos grupos de pacientes en el pretratamiento.

Por eso, en la tabla 29 se presentan las diferentes prevalencias de TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad en su conjunto y sus comorbilidades entre estos dos grupos

Capítulo 6: Resultados

(“combinado” y “aislado”) en la evaluación pretratamiento. Tal y como puede observarse, las tasas de prevalencia de TEPT y TDM, así como de sus comorbilidades, fueron ligeramente superiores en la evaluación pretratamiento en las personas que estaban recibiendo tratamiento psicofarmacológico, tanto para los sujetos que después completaron el tratamiento y/o el seguimiento (del grupo experimental y del experimental y el grupo de control en su conjunto), como para todos aquellos del grupo experimental que tuvieron intención de hacerlo (las personas del grupo experimental en la muestra de intención de tratar). Sin embargo, los porcentajes de otros trastornos de ansiedad y su comorbilidad con el TEPT en estos sujetos fueron menores, aunque esto solamente ocurría en las muestras de completos y no en las de intención de tratar. En todo caso, al realizarse pruebas de *chi2* para medir la magnitud estadística de estas diferencias, no se encontró que ninguna de ellas fuera significativa, por lo que, en general, podríamos decir que las personas que estaban tomando medicación al inicio del tratamiento tenían un perfil diagnóstico similar a las que no tenían este apoyo psiquiátrico.

En la tabla 30 se muestran las comparaciones diagnósticas en el momento de postratamiento y entre las personas con o sin medicación psiquiátrica adicional. Como puede observarse en las muestras de completos (del grupo experimental o del grupo experimental y el grupo de control en su conjunto que completaron el postratamiento) los porcentajes de TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades fueron iguales o mayores para el grupo que recibía tratamiento psicofarmacológico, a excepción de la comorbilidad entre depresión y ansiedad que no existía para este grupo. A su vez, en las muestras de intención de tratar, a excepción de la comorbilidad entre TEPT y depresión, que era inexistente para el grupo de terapia combinada (TCC centrada en el trauma y psicofármacos), todas las patologías se dieron en porcentajes mayores para el grupo combinado que para el grupo de TCC centrada en el trauma de

manera aislada e incluso, cuando se realizaron las pruebas de *chi*², en el caso de otros trastornos de ansiedad, estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < ,05$). Por tanto, la terapia combinada no parecía dar mejores resultados en el postratamiento que la TCC aislada, si acaso, sus resultados eran peores, sobre todo, para los trastornos de ansiedad diferentes al TEPT (en la muestra de intención de tratar)

En la tabla 31 se examinaron también estas diferencias en los seguimientos, por si el efecto de la terapia combinada podía demorarse y mostrarse más bien a largo plazo. Efectivamente, en esta ocasión se observa en las muestras de completos (completan el tratamiento y hacen el seguimiento, tanto en el grupo experimental, como en el grupo experimental y control en su conjunto) un patrón donde la terapia combinada da lugar a porcentajes iguales o más bajos de patología, un patrón que sin embargo, se invierte en la muestra de intención de tratar, en la que los porcentajes psicopatológicos eran mayores para las personas que tomaban psicofármacos (a excepción de la comorbilidad entre TEPT y depresión). Sin embargo, cuando se realizaron las pruebas de *chi*² ninguna de estas diferencias se mostraba de manera significativa. Por tanto, la terapia combinada tampoco parecía tener mejores efectos que la terapia aislada a los 6 meses de seguimiento.

Tabla 29. Diferencias en porcentajes de TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades en el pretratamiento en las muestras de postratamientos completos, intención de tratar en el postratamiento, todos los datos completos en el post, seguimientos completos y todos los datos completos en el seguimiento, en función de la medicación combinada (TCC centrada en el trauma) o aislada y significación de las pruebas chi2

Trastornos mentales	Completos		Intención de tratar		Todos los datos completos post		Seguimientos completos		Todos los datos completos seguimiento	
	Aislado (n = 18)	Combinado (n = 7)	Aislado (n = 23)	Combinado (n = 12)	Aislado (n = 28)	Combinado (n = 12)	Aislado (n = 13)	Combinado (n = 5)	Aislado (n = 22)	Combinado (n = 9)
TEPT	44,4	57,1	43,5	58,3	46,4	58,3	46,2	60	45,5	55,6
TDM	44,4	85,7	39,1	66,7	42,9	66,7	46,2	100	40,9	77,8
Otros trastornos de ansiedad	83,3	71,4	78,3	83	82,1	75	84,6	80	81,8	77,8
TEPT + Depresión + Ansiedad	27,8	28,6	21,7	33,3	28,6	25	30,8	40	27,3	33,3
TEPT + Depresión	11,1	28,6	17,4	16,7	10,7	25	7,7	20	9,1	22,2
TEPT + Ansiedad	5,6	0	4,3	8,3	3,6	8,3	7,7	0	4,5	0
Depresión+ansiedad	0	28,6	0	25	0	16,7	0	40	0	22,2

Nota. Todos los valores son porcentajes Post = postratamiento; *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$; **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$; ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

Tabla 30. Diferencias en porcentajes de TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades en el postratamiento en las muestras de postratamientos completos, intención de tratar en el postratamiento y todos los datos completos en el post en función de la medicación combinada (TCC centrada en el trauma) o aislada y significación de las pruebas *chi*²

Sintomatología	Completos		Intención de tratar		Todos los datos completos post	
	Aislado (<i>n</i> = 18)	Combinado (<i>n</i> = 7)	Aislado (<i>n</i> =23)	Combinado (<i>n</i> = 12)	Aislado (<i>n</i> =28)	Combinado (<i>n</i> = 12)
TEPT	0	0	8,7	25,0	3,6	8,3
TDM	0	0	4,3	16,7	0	0
Otros trastornos de ansiedad	22,2	42,9	30,4	66,7*	17,9	33,3
TEPT+Depresión+Ansiedad	0	0	0	16,7	0	0
TEPT+Depresión	0	0	8,7	0	0	0
TEPT+Ansiedad	0	0	0	8,3	0	0
Depresión+ansiedad	5,6	0	4,3	8,3	3,6	0

Nota. Todos los valores son porcentajes Post = postratamiento; *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$; **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$; ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

Tabla 31. Diferencias en porcentajes de TEPT, TDM, otros trastornos de ansiedad y sus comorbilidades en el seguimiento en las muestras de seguimientos completos, intención de tratar en el seguimiento y todos los datos completos en el seguimiento en función de la medicación combinada (TCC centrada en el trauma) o aislada y significación de las pruebas χ^2

Sintomatología	Completos		Intención de tratar		Todos los datos completos segui	
	Aislado (n = 13)	Combinado (n = 5)	Aislado (n = 23)	Combinado (n = 12)	Aislado (n = 22)	Combinado (n = 9)
TEPT	0	0	17,4	33,3	0	0
TDM	7,7	0	17,4	25,0	4,5	0
Otros trastornos de ansiedad	38,5	20	43,5	58,3	22,7	22,2
TEPT+Depresión+Ansiedad	0	0	8,7	25,0	0	0
TEPT+Depresión	0	0	8,7	0	0	0
TEPT+Ansiedad	0	0	0	8,3	0	0
Depresión+ansiedad	15,4	0	8,7	8,3	9,1	0

Nota. Todos los valores son porcentajes Post = postratamiento; *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$; **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$; ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

6.4.2 Análisis de la medicación combinada en función de la reducción en la sintomatología de estrés postraumático, depresión y ansiedad.

Al igual que en el apartado anterior, en la tabla 32 se examinaron las diferencias en el pretratamiento a nivel sintomatológico entre aquellas personas que estaban recibiendo ayuda psiquiátrica y las que no. En esta tabla se observa, tanto en las muestras de completos, como en las de intención de tratar, que todas las puntuaciones medias de las personas que estaban tomando medicación fueron superiores a las de aquellos que no estaban tomando nada en el inicio del tratamiento. Además, según las pruebas de *t* de Student para medidas independientes, estas diferencias fueron significativas en el BDI-II y el BAI en todos los casos (con significaciones de $p < ,05$, $p < ,01$ o $p < ,001$) e incluso, en la PCL para la muestra de todas las personas que completan el tratamiento y el seguimiento (grupo experimental y grupo de control), así como en la muestra de intención de tratar ($p < ,05$ o de $p < ,01$). Por eso, a nivel de sintomatología, podríamos decir que las personas que estaban recibiendo medicación al inicio de la terapia se encontraban, en términos generales, peor que las que no lo hacían.

A tenor de todo esto, en la tabla 33 no solamente se analizaron los resultados del postratamiento en bruto (las puntuaciones en términos absolutos para cada cuestionario), sino que se incluyó también el análisis del cambio relativo (la diferencia entre las puntuaciones postratamiento y pretratamiento). En esta tabla, además, las muestras de intención de tratar volvieron a configurarse en función de los dos criterios (más o menos conservador) con que se hubieran rellenado los valores de abandono y valores perdidos en el postratamiento.

Empezando por las puntuaciones brutas y en las muestras de completos, se observa que las personas que tomaban medicación obtuvieron puntuaciones

Capítulo 6: Resultados

postratamiento más elevadas en todos los cuestionarios, siendo incluso, significativamente más alta la puntuación en el BDI-II ($p < ,05$) de la muestra que incluía todos los datos de postratamiento (tomando en cuenta también a las personas de LE que completaron la terapia), según las pruebas de t de Student. En las muestras de intención de tratar las puntuaciones medias también eran más elevadas para las personas que estaban tomando medicación y además, de manera significativa, con significación menor para la PCL ($p < ,05$) y mayores para el BDI-II ($p < ,01$) y también en la muestra menos conservadora, para el BAI ($p < ,01$).

En cuanto a los cambios relativos, especialmente importantes en este apartado, en tanto en cuanto los niveles de partida de las personas que tomaban medicación tendían a ser más altos, en el postratamiento y para estas mismas personas fueron, a excepción del cambio en el BDI-II en la muestra de intención de tratar más conservador, más altos, es decir, los pacientes con medicación combinada reducían más puntos su sintomatología (seguramente porque ésta ya era más elevada desde el principio). Sin embargo, las pruebas t de medidas independientes no mostraron que los cambios del grupo combinado fueran estadísticamente diferentes que los del grupo aislado, por lo que, en general podemos afirmar que en el postratamiento ambos grupos habían mejorado en la misma proporción.

En la tabla 34 y respecto a los seguimientos, nuevamente las puntuaciones del grupo combinado fueron más altas, aunque solamente significativas en la muestra de intención de tratar, para el BDI-II y el BAI ($p < ,05$ y $p < ,01$ respectivamente). Los cambios, como en el caso anterior, eran también más altos para la muestra de personas que tomaban medicación, aunque, también como en el caso anterior, en ningún caso con diferencias significativas.

Tabla 32. Diferencias en puntuaciones medias en la PCL, el BDI-II y el BAI en el pretratamiento en las muestras de postratamientos completos, intención de tratar en el postratamiento, todos los datos completos en el post, seguimientos completos y todos los datos completos en el seguimiento, en función de la medicación combinada (TCC centrada en el trauma) o aislada y significación de las pruebas *t* de Student

Sintomatología	Completos		Intención de tratar		Todos los datos completos post		Seguimientos completos		Todos los datos completos seguimiento	
	Aislado (<i>n</i> = 18)	Combinado (<i>n</i> = 7)	Aislado (<i>n</i> =23)	Combinado (<i>n</i> = 12)	Aislado (<i>n</i> =28)	Combinado (<i>n</i> = 12)	Aislado (<i>n</i> =23)	Combinado (<i>n</i> = 5)	Aislado (<i>n</i> =22)	Combinado (<i>n</i> = 9)
Estrés post-traumático (PCL)	39,50 (15,69)	52,29 (12,85)	40,91 (15,03)	55,42** (11,84)	36,43 (14,97)	48,58* (13,26)	38,92 (11,66)	54,40* (5,32)	35,50 (12,69)	50,44** (10,69)
Depresión (BDI-II)	17,39 (13,01)	31,57* (12,16)	19,04 (13,74)	33,83** (11,38)	16,36 (13,13)	26,67* (13,10)	16,23 (10,94)	32,80* (10,49)	15,14 (12,18)	27,67* (12,71)
Ansiedad (BAI)	13,39 (11,19)	26,29* (10,21)	14,61 (10,90)	32,50*** (12,98)	12,29 (10,08)	24,42** (13,15)	12,62 (8,38)	27,40** (9,79)	11,68 (8,23)	25,22* (14,34)

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis; Post = postratamiento; PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$; **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$; ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

Tabla 33. Diferencias en puntuaciones medias en la PCL, el BDI-II y el BAI en el postratamiento en las muestras de postratamientos completos, intención de tratar en el postratamiento, todos los datos completos en el post en función de la medicación combinada (TCC centrada en el trauma) o aislada y significación de las pruebas *t* de Student

Sintomatología	Completos		Intención de tratar no conservador		Intención de tratar conservador		Todos los datos completos post	
	Aislado (<i>n</i> = 18)	Combinado (<i>n</i> = 6)	Aislado (<i>n</i> = 23)	Combinado (<i>n</i> = 12)	Aislado (<i>n</i> = 23)	Combinado (<i>n</i> = 12)	Aislado (<i>n</i> = 28)	Combinado (<i>n</i> = 11)
Estrés pos-traumático (PCL)	24,53 (5,44) (<i>n</i> = 17)	28,50 (6,06)	26,70 (7,31)	39* (15,91)	30 (11,78)	43,67* (17,47)	25,85 (7,16) (<i>n</i> = 27)	30 (10,45)
PCL cambio	14,76 (12,67)	23,50 (13,49)	14,22 (11,61)	16,42 (15,09)	10,91 (12,68)	11,75 (15,27)	10,33 (12,88)	18,09 (17,72)
Depresión (BDI-II)	4,78 (3,78)	16,17 (12,17)	5,39 (5,516)	19,58** (12,32)	9,17 (11,46)	24,92** (14,91)	6,36 (7,82)	14,18* (11,55)
BDI-II cambio	12,61 (13,09)	17,83 (13,44)	13,65 (13,79)	14,25 (13,31)	9,87 (12,67)	8,92 (12,99)	10 (12,55)	13,36 (14,27)
Ansiedad (BAI)	3,50 (4,38)	9,33 (9,91)	4,57 (6,01)	16,25** (12,49)	6,87 (8,60)	23,50* (18,72)	4,64 (4,92)	11,36 (10,32)
BAI cambio	9,89 (8,41)	18 (12,41)	10,04 (8,85)	16,25 (13,58)	7,74 (8,49)	9 (12,58)	7,64 (8,06)	13,45 (12,91)

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis); Post = postratamiento; PCL = Lista de Verificación del Estrés

Postratraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; *Diferencia estadísticamente

significativa con $p < ,05$; **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$; ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

Tabla 34. Diferencias en puntuaciones medias en la PCL, el BDI-II y el BAI en el seguimiento en las muestras de seguimientos completos, intención de tratar en el seguimiento, todos los datos completos en el seguimiento en función de la medicación combinada (TCC centrada en el trauma) o aislada y significación de las pruebas *t* de Student

Sintomatología	Completo		Intención de tratar		Todos los datos completos seguimiento	
	Aislado (<i>n</i> = 13)	Combinado (<i>n</i> = 5)	Aislado (<i>n</i> = 23)	Combinado (<i>n</i> = 12)	Aislado (<i>n</i> = 22)	Combinado (<i>n</i> = 9)
Estrés pos-traumático (PCL)	27,92 (14,61)	34,80 (19,94)	34,70 (18,03)	47,25 (19,86)	24,95 (12,03)	31,78 (16,62)
PCL cambio	11,00 (8,99)	19,60 (19,55)	6,26 (8,64)	8,17 (15,52)	10,55 (10,93)	18,67 (14,32)
Depresión (BDI-II)	8,54 (7,90)	20 (17,56)	14,70 (14,08)	28,50* (16,04)	7,32 (7,72)	15,11 (14,73)
BDI-II cambio	7,69 (10,93)	12,80 (16,51)	4,35 (8,96)	5,33 (11,94)	7,82 (9,69)	12,56 (12,38)
Ansiedad (BAI)	6,92 (10,81)	19,40 (17,89)	11,39 (12,88)	29,17** (17,44)	6,05 (9,41)	19,56 (17,96)
BAI cambio	5,69 (8,74)	8 (13,82)	3,22 (7,07)	3,33 (9,29)	5,64 (7,51)	5,67 (10,76)

Nota. Todos los valores son medias (con desviaciones típicas entre paréntesis); PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$; **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$; ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

6.4.3 Análisis de la de la medicación combinada en función de la significación clínica

Por último, y puesto que, tal y como se ha visto en el apartado anterior, las puntuaciones en los cuestionarios podrían variar en función de que las personas estuvieran recibiendo o no una u otra ayuda adicional, se juzgó oportuno también hacer un análisis comparativo de algunos de los índices de significación clínica que ya se han tratado en este texto y que están íntimamente relacionados con la magnitud de las puntuaciones medias. A tal fin, en este apartado se examinaron las diferencias entre las personas que estaban recibiendo ayuda adicional y las que no, en términos de porcentajes de participantes que habían disminuido su puntuación por debajo de la puntuación C, y los porcentajes de personas recuperadas, mejoradas, sin cambios y empeoradas ligadas al índice de cambio fiable, que ya se ha explicado en varias ocasiones y todo ello, tanto a corto como a largo plazo.

Así, en las tablas 35 y 36 se examinaron estos índices para las personas que estaban recibiendo ayuda psiquiátrica en los momentos de postratamiento y seguimiento. En esta ocasión, lógicamente, no pueden mostrarse resultados pretratamiento, puesto que todos los índices de significación clínica hacen referencia al cambio y por tanto, pertenecen a momentos posteriores del proceso de investigación.

En la tabla 35 se ve claramente que en el postratamiento existe un porcentaje menor de personas que rebajan sus puntuaciones por debajo de la puntuación C en el grupo combinado y esto ocurre en todos los cuestionarios y para todas las muestras. En algunos casos, además, las pruebas de *chi2* muestran que estas diferencias son significativas. Así ocurre, por ejemplo, en el BDI-II ($p < ,01$ en la muestra de intención de tratar no conservadora y $p < ,05$ en la muestra conservadora y en la de todos los

pacientes que completan) y para el BAI ($p < ,05$ en el caso del criterio no conservador de la muestra de intención de tratar).

Sin embargo, al igual que ocurría en el apartado anterior, estas medidas de significación clínica tenían un carácter absoluto (estaban basadas solo en la puntuación final), cuando en una población como la de la personas que tomaban medicación, que tenían sintomatología de partida más alta, parecía fundamental que se tuvieran en cuenta medidas relativas (basadas en el cambio). En este sentido, las medidas basadas en el índice del cambio fiable podrían ser más informativas. Respecto a éstas, en la tabla 35 se observó la tendencia a que hubiera más gente mejorada en el caso de las personas que tomaban medicación (a excepción de puntuaciones en el BAI de la intención de tratar conservadora). También existían más personas que tomaban medicación recuperadas en los tres cuestionarios y en las muestras de completos, aunque en las muestras de intención de tratar eran los que no tomaban medicación los que estarían mejor. Habría, asimismo, más personas sin cambios entre los que tomaban medicación (a excepción del BAI en la muestra de intención de tratar conservadora), y habría más pacientes empeorados (solo hubo personas empeoradas en las muestras de todos los datos completos, y solo en el BDI-II y en la PCL) en el grupo que además de recibir terapia cognitivo-conductual también tomaba medicación. En todo caso, cuando se realizaron las pruebas de *chi2* para ver si había diferencias significativas en alguna de estas categorías de significación clínica y entre las personas que recibieron una terapia combinada frente a las que recibieron la TCC centrada en el trauma de forma aislada, no se encontraron diferencias significativas de ningún tipo.

En los seguimientos (véase la tabla 36) aparecen más personas sin medicación con puntuaciones medias por debajo de la puntuación C y en los tres cuestionarios, de manera significativa para el BDI-II y el BAI y solo en la muestra de intención de tratar ($p < ,05$ para ambos).

Capítulo 6: Resultados

En función del índice de cambio fiable, sin embargo y otra vez para la PCL y el BDI-II existen más personas mejoradas en el grupo de medicación, mientras que para el BAI esto solo ocurre en el grupo de completos y justo al revés en la muestra de intención de tratar y de todos los datos completos. También había más pacientes recuperados en la muestra combinada para la PCL y el BDI-II, a excepción de la muestra de intención de tratar en el caso del BDI-II y también, de todos los datos completos en el caso de la PCL. En el caso del BAI había más pacientes recuperados en la muestra que no tomaba medicación, aunque esto no se cumplía en la muestra de completos. Coherentemente, había más paciente sin cambios en la PCL y el BDI-II en la muestra de personas que no tomaban medicación, mientras que en el BAI, a excepción de la muestra de completos, ocurría exactamente lo contrario. Y, por último, a excepción del BDI-II donde no había pacientes empeorados en ninguna de las muestras, en el BAI y la PCL había más pacientes empeorados en la muestra de personas que combinaron la medicación. Sin embargo, una vez más, no había diferencias significativas entre los grupos en estas medidas relativas de mejoría clínica.

Por lo tanto, podemos decir que ni en el postratamiento ni en el seguimiento parecía que los pacientes con tratamiento combinado mejorasen más y mejor que los que solo recibieron TCC centrada en el trauma.

Tabla 35. Diferencias en el postratamiento de porcentajes de pacientes con puntuaciones por debajo de la puntuación C, mejorados, recuperados, sin cambios y empeorados en la PCL, el BDI-II y el BAI en las muestras de postratamientos completos, intención de tratar en el postratamiento (conservador y no conservador) y todos los datos completos en el postratamiento en función de la medicación combinada (TCC centrada en el trauma) o aislada y significación de las pruebas χ^2

Sintomatología	Completos		Intención de tratar no conservador		Intención de tratar conservador		Todos los datos completos post	
	Aislado (n = 18)	Combinado (n = 6)	Aislado (n = 23)	Combinado (n = 12)	Aislado (n = 23)	Combinado (n = 12)	Aislado (n = 28)	Combinado (n = 11)
PCL								
Por debajo de la Puntuación C	82,4 (n = 17)	66,7	65,2	33,3	56,5	25	70,4 (n = 27)	54,5
Mejorados	47,1	83,3	43,5	66,7	34,8	41,7	37	63,6
Recuperados	29,4	50	26,1	25	21,7	16,7	22,2	27,3
Sin cambios	52,9	16,7	56,5	33,3	65,2	58,3	59,3	27,3
Empeorados	0	0	0	0	0	0	3,7	9,1
BDI-II								
Por debajo de la Puntuación C	100	66,7	91,3	41,7**	82,6	33,3*	92,9	54,5*
Mejorados	38,9	66,7	43,5	66,7	30,4	33,3	35,7	54,5
Recuperados	38,9	50	39,1	33,3	30,4	25	32,1	36,4

Sin cambios	61,1	33,3	56,5	33,3	69,6	66,7	60,7	36,4
Empeorados	0	0	0	0	0	0	3,6	9,1
BAI								
Por debajo de la Puntuación C	94,4	83,3	91,3	50*	78,3	41,7	92,9	72,7
Mejorados	50	66,7	47,8	66,7	39,1	33,3	35,7	54,5
Recuperados	44,4	66,7	43,5	41,7	34,8	33,3	28,6	45,5
Sin cambios	50	33,3	52,2	33,3	60,9	66,7	64,3	45,5
Empeorados	0	0	0	0	0	0	0	0

Nota. Todos los valores son porcentajes; Post = postratamiento; PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$; **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$; ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$.

Tabla 36 Diferencias en el seguimiento de porcentajes de pacientes con puntuaciones por debajo de la puntuación C, mejorados, recuperados, sin cambios y empeorados en la PCL, el BDI-II y el BAI en las muestras de postratamientos completos, intención de tratar en el postratamiento (conservador y no conservador) y todos los datos completos en el postratamiento en función de la medicación combinada (TCC centrada en el trauma) o aislada y significación de las pruebas χ^2

Sintomatología	Completos (<i>t</i> de Student)		Intención de tratar		Todos los datos completos seguimiento	
	Aislado (<i>n</i> = 13)	Combinado (<i>n</i> = 5)	Aislado (<i>n</i> = 23)	Combinado (<i>n</i> = 12)	Aislado (<i>n</i> = 22)	Combinado (<i>n</i> = 9)
PCL						
Por debajo de la Puntuación C	69,2	60	52,2	33,3	77,3	66,7
Mejorados	53,8	80	30,4	33,3	45,5	77,8
Recuperados	53,8	60	30,4	25	45,5	55,6
Sin cambios	46,2	0	69,6	58,3	54,5	11,1
Empeorados	0	20	0	8,3	0	11,1
BDI-II						
Por debajo de la Puntuación C	76,9	40	60,9	16,7*	81,8	44,4
Mejorados	38,5	60	21,7	25	36,4	55,6
Recuperados	38,5	40	21,7	16,7	31,8	33,3

Sin cambios	61,5	40	78,3	75	63,6	44,4
Empeorados	0	0	0	0	0	0
BAI						
Por debajo de la Puntuación C	92,3	60	69,6	33,3*	90,9	55,6
Mejorados	38,5	40	21,7	16,7	31,8	22,2
Recuperados	38,5	40	21,7	16,7	31,8	22,2
Sin cambios	53,8	40	73,9	75,0	63,6	66,7
Empeorados	7,7	20	4,3	8,3	4,5	11,1

Nota. Todos los valores son porcentajes; PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.;

BAI = Inventario de Ansiedad de Beck; *Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,05$; **Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,01$; ***Diferencia estadísticamente significativa con $p < ,001$

Capítulo 7:

Resumen de la parte empírica

Con el objetivo de engrosar el conocimiento empírico existente sobre la eficacia de los tratamientos para paliar las consecuencias psicopatológicas de las víctimas del terrorismo, en la presente tesis se presentó un ensayo clínico aleatorizado en el que un grupo de 120 víctimas directas e indirectas de atentados terroristas cometidos en España, cuyos atentados habían sido cometidos una media de 18,43 años atrás y que presentaban aislada o concurrentemente trastorno por estrés postraumático (TEPT; 49,2%), trastorno depresivo mayor (TDM; 40,8%) y otros trastornos de ansiedad (75,8%), fueron asignados aleatoriamente, bien a una TCC centrada en el trauma (grupo experimental) o bien, a una lista de espera.

El tratamiento psicológico, basado en la terapia de exposición prolongada para el TEPT de Foa et al. (2007), estaba compuesto por 16 sesiones, de 60-90 minutos de duración, que se llevaron a cabo de manera individual y semanalmente. El programa incluía como componente fundamental la exposición progresiva en imaginación a los recuerdos traumáticos y la exposición en vivo a estímulos ansiógenos relacionados con el atentado. Pero, además, con el objetivo de adaptar la intervención al tratamiento de comorbilidades y al perfil de unas víctimas cuya sintomatología se había cronificado tanto en el tiempo, la terapia comprendía otras técnicas para el control de la ansiedad y programación de actividades agradables para el manejo de la sintomatología depresiva, estrategias de motivación, regulación emocional, terapia narrativa y un mayor énfasis en la psicoeducación sobre las reacciones más comunes tras el trauma, así como en la reestructuración cognitiva de las creencias que durante tanto tiempo habían podido funcionar de mantenedores.

A lo largo del tratamiento y periódicamente los pacientes cumplimentaban los cuestionarios PCL, el BDI-II y el BAI y al final del mismo, se realizaba la evaluación de

postratamiento, en la que además de estas medidas de autoinforme se volvía a aplicar la entrevista estructurada SCID-I-VC.

Aunque el procedimiento hasta aquí descrito es el típico y esperable de un diseño de eficacia, dentro de este mismo marco, en realidad, existen muchas maneras de estudiar y medir la eficacia de un tratamiento. Para este estudio, en concreto, se han utilizado tres índices de eficacia: el primero, basado en el porcentaje de diagnósticos, el segundo, en el nivel medio de sintomatología y el tercero, en la significación clínica. Esta última, a su vez, se medía utilizando varios indicadores, a saber: el tamaño del efecto (inter grupo e intra grupo), el porcentaje de personas que se encontraban por debajo de una puntuación preestablecida, llamada puntuación C y por último, en función de la combinación de esta puntuación C y el índice de cambio fiable, que da cuenta del porcentaje de personas que habrían mejorado (incluye a los que se han recuperado), que permanecerían sin cambios o que, por el contrario, habrían empeorado.

Al tratarse de un ensayo clínico aleatorizado, el “criterio de oro” para comprobar la eficacia en cada uno de estos tres índices era, sin duda, la comparación entre el grupo experimental y el grupo de control, que se llevó a cabo solo en el postratamiento, puesto que solo entonces los grupos eran comparables, había transcurrido para ambos el mismo tiempo y la única diferencia esperable entre ellos era, precisamente, que unos habían recibido tratamiento y otros no.

Sin embargo, para mejorar cualitativamente este “criterio de oro”, en el postratamiento, los análisis de comparación entre el grupo experimental (tratamiento) y el grupo de control (lista de espera), se llevaron a cabo no solamente sobre las personas que habían finalizado el tratamiento, sino también sobre las personas del grupo experimental que habían tenido intención de tratarse pero que no habían llegado a completar la terapia. Estos análisis suponían un criterio añadido de calidad, puesto que

tenían en cuenta a esas personas que abandonaron la terapia e incluso, incorporaban todos los datos que habían quedado perdidos en el postratamiento, y que, fundamentalmente, correspondían a los cuestionarios que los pacientes (tanto del grupo experimental como del grupo control) no tenían por qué haber completado necesariamente, aunque sí deseablemente. Además, para completar estos cuestionarios perdidos y los de las personas que abandonaron la terapia se siguieron dos criterios: uno más conservador, en el que también se utilizaron los datos de la evaluación pretratamiento, y otro menos conservador pero más realista, según el cual, al menos para los abandonos, se tenían en cuenta los datos de cuestionarios que se habían rellenado durante el tratamiento.

En la tabla 37 se muestra un listado de los diferentes índices de eficacia que se han cumplido, al menos, según la comparación entre el grupo experimental y el grupo de control, para esta TCC centrada en el trauma. Además, los índices aparecen referidos a los distintos tipos de muestra (de completos o de intención de tratar más o menos conservadora). Así, respecto a la eficacia diagnóstica, las personas que fueron asignadas al grupo de tratamiento tuvieron en el postratamiento porcentajes de TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad en su conjunto significativamente menores que el grupo de control y esto ocurría tanto cuando se realizaron análisis de los datos completos, como cuando se llevaron a cabo los análisis más exigentes de intención de tratar. Sin embargo, esas diferencias significativas no se encontraron para ninguna de las comorbilidades entre los diagnósticos y en ninguno de los análisis utilizados para este estudio.

El criterio de eficacia sintomatológica también se cumplía en los análisis de completos cuando las personas del grupo experimental mostraban, después de la terapia, puntuaciones medias significativamente más bajas que las del grupo de control en cada uno de los cuestionarios de sintomatología postraumática (PCL), sintomatología

depresiva (BDI-II) y sintomatología ansiosa (BAI), lo cual vendría determinado por efectos significativos de la interacción tiempo/condición experimental de los análisis de varianza (ANOVAS). Sin embargo, cuando se realizaron los análisis de intención de tratar de la forma más conservadora, las diferencias entre grupos en sintomatología de ansiedad (BAI) no se mantuvieron significativas. Con el análisis menos conservador, pero más acorde a la realidad, las diferencias fueron significativas para todos los cuestionarios.

En cuanto al tercer criterio, de significación clínica, en primer lugar, hay que resaltar que en el postratamiento los tamaños del efecto, en este caso inter grupos, fueron grandes, según los estándares de Cohen, para la PCL y el BAI, aunque solamente medios para el BDI-II. Sin embargo, no se mantuvieron así en los análisis de intención de tratar, donde se obtuvieron tamaños del efecto bajos.

Cuando se compararon los porcentajes de pacientes que habían disminuido su puntuación en el postratamiento por debajo de la puntuación C, se encontró que había un porcentaje significativamente mayor de personas que habían traspasado esta puntuación de corte en el grupo de tratamiento que en el grupo control y en todos los cuestionarios, aunque esto solamente ocurrió en los análisis de personas que habían completado la terapia. A pesar de que en los análisis de intención de tratar menos conservadores estas diferencias se mantuvieron para la sintomatología ansiosa (medida mediante el BAI), no ocurrió lo mismo cuando se utilizó el criterio más conservador de estos mismos análisis.

Por último, teniendo en cuenta no solo las puntuaciones C, sino también el índice de cambio fiable, se encontró que en el postratamiento un porcentaje significativamente mayor de personas del grupo experimental habían mejorado respecto a sus trastornos de estrés postraumático, depresivos y ansiosos. Incluso, estas

diferencias significativas respecto al grupo control se mantuvieron para el BDI-II y el BAI cuando se realizaron análisis de intención de tratar menos conservadores, aunque, una vez más, con el criterio más conservador, las diferencias significativas desaparecieron para todos.

Tabla 37. Listado de cumplimiento de los diferentes índices de eficacia diagnóstica, sintomatológica y clínica, según la comparación del grupo experimental con el grupo control en el postratamiento.

Medida de eficacia	Completan	Intención de tratar no conservador	Intención de tratar conservador
Eficacia diagnóstica			
TEPT	✓		✓
TDM	✓		✓
T. Ansiedad	✓		✓
Comorbilidad	X		X
Eficacia sintomatológica			
PCL	✓	✓	✓
BDI-II	✓	✓	✓
BAI	✓	✓	X
Significación clínica			
TE (PCL)	✓	X	X
TE (BDI-II)	X	X	X
TE (BAI)	✓	X	X
Puntuación C (PCL)	✓	X	X
Puntuación C (BDI-II)	✓	X	X
Puntuación C (BAI)	✓	✓	X
Mejorados (PCL)	✓	X	X
Mejorados (BDI-II)	✓	✓	X
Mejorados (BAI)	✓	✓	X

Nota. ✓ = Diferencia estadísticamente significativa para ese criterio entre grupos; Para el tamaño del efecto (TE), tamaño del efecto entre grupos grande, según los criterios de Cohen; X = No hay diferencia estadísticamente significativa para ese criterio entre grupos; Para el tamaño del efecto (TE), tamaño del efecto entre grupos mediano o pequeño, según los criterios de Cohen; PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck.

Pero aunque el criterio de oro para medir la fiabilidad en un estudio de eficacia sea la comparación con el grupo control, también es importante tener en cuenta la magnitud del cambio que producen los tratamientos, es decir, la comparación entre el pre y el post y por supuesto, si estos cambios se mantienen a largo plazo. Por eso, para este trabajo se realizaron comparaciones pre/post y pre/seguimiento para los tres índices de eficacia anteriormente descritos y de hecho, la eficacia a largo plazo solamente se midió con este tipo de comparación, pues a los 6 meses de seguimiento no había un grupo control equiparable al grupo experimental en ese momento. Adicionalmente, se realizaron análisis con todos los pacientes (independientemente de su condición experimental asignada) que hubieran completado el tratamiento o incluso el tratamiento y el seguimiento y para ellos también la eficacia se midió mediante comparaciones en el tiempo.

En la tabla 38 se muestran estas comparaciones entre el pretratamiento y el postratamiento o entre el pretratamiento y el seguimiento y respecto a cada uno de los tres criterios de eficacia anteriormente descritos (diagnóstico, sintomatológico y de significación clínica). También en este caso se realizaron análisis de completos (incluyendo, además, al grupo de todos los completos) y de intención de tratar, más o menos conservadores, aunque para el seguimiento los análisis de intención de tratar se basaron solamente en el criterio más conservador.

Respecto a la eficacia diagnóstica, es muy importante señalar que el grupo experimental obtuvo en el postratamiento, tanto en los análisis de completos, como de intención de tratar, porcentajes de TEPT, TDM y otros trastornos de ansiedad significativamente más pequeños que en la evaluación pretratamiento. Además, de manera distinta a como ocurría para el análisis entre grupos, estas diferencias se dieron también para alguna de las comorbilidades, en concreto, para la comorbilidad triple, es

decir, entre el TEPT, el TDM y los trastornos de ansiedad en todas las muestras, e, incluso, la comorbilidad entre TEPT y depresión también disminuyó significativamente en el postratamiento para todos aquellos que habían completado el tratamiento (incluyendo al grupo de control).

Estas diferencias se mantuvieron significativas también, a largo plazo, en el seguimiento a los seis meses, aunque en la muestra de intención de tratar de seguimiento, teniendo en cuenta ese criterio conservador que anteriormente se comentaba, las diferencias significativas en cuanto a comorbilidades desaparecieron.

En lo referente a la significación sintomatológica es muy importante resaltar que las puntuaciones en sintomatología postraumática, depresiva y ansiosa disminuyeron del pre al postratamiento de manera significativa y tanto para la muestra de completos como para la muestra de intención de tratar y según ambos criterios. Estas diferencias se mantuvieron también significativas a los 6 meses y también utilizando el criterio conservador de intención de tratar.

Respecto a la significación clínica, se observaron tamaños del efecto pre-post grandes para el grupo experimental tanto en el análisis de completos, como en el análisis de intención de tratar menos conservador. No obstante, en el análisis de intención de tratar más conservador, no hubo tamaños del efecto grandes para ninguno de los tres cuestionarios.

En el seguimiento solamente el tamaño del efecto pre-post para la PCL se mantuvo alto en las muestras de completos, mientras que para el BDI-II y el BAI ya no ocurría así. Y en los análisis de intención de tratar conservadores los tamaños del efecto dejaron de ser grandes para los tres cuestionarios.

Tabla 38. Listado de cumplimiento de los diferentes índices de eficacia diagnóstica, sintomatológica y clínica, según la comparación del grupo experimental con el grupo control en el postratamiento y seguimiento.

Medida de eficacia	Postratamiento (grupo tratamiento)				Seguimiento (grupo tratamiento)		
	Completan	Intención de tratar conservador	Intención de tratar no conservador	Todos completos	Completan	Intención de tratar conservador	Todos completos
Eficacia diagnóstica							
TEPT	✓		✓	✓	✓	✓	✓
TDM	✓		✓	✓	✓	✓	✓
T. Ansiedad	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Comorbilidad	✓		✓	✓ ✓	✓	X	✓
Eficacia sintomatológica							
PCL	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
BDI-II	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
BAI	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Significación clínica							
TE (PCL)	✓	X	✓	✓	✓	X	✓
TE (BDI-II)	✓	X	✓	✓	X	X	X
TE (BAI)	✓	X	✓	✓	X	X	X

Nota. ✓ = Diferencia pre/post o pre/seguimiento estadísticamente significativa para ese criterio; Para el tamaño del efecto (TE), tamaño del efecto pre/post o pre/seguimiento entre grupos grande, según los criterios de Cohen; X = No hay diferencia estadísticamente significativa para ese criterio entre grupos; Para el tamaño del efecto (TE), tamaño del efecto pre/post o pre/seguimiento mediano o pequeño, según los criterios de Cohen; PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck.

Cuando se tuvieron en cuenta todos los datos completos, se encontraron tamaños del efecto grandes para los tres cuestionarios en el postratamiento pero en el seguimiento, al igual que ocurría en el grupo experimental, estos tamaños del efecto solo siguieron siendo grandes para la PCL pero no para el BDI-II y el BAI.

En la tabla 38 no constan los porcentajes de mejoría, ya que no hubo ninguna comparación longitudinal y por tanto, aunque pueden dar una idea descriptiva de la mejoría, no se puede extraer de ellos conclusiones contundentes sin utilizar algún tipo de comparación. No obstante, recuérdese aquí que en la tabla 37 ya examinaron estos porcentajes en función de la comparación entre grupos.

Pero además de saber si el tratamiento es eficaz en la reducción de diagnósticos, de sintomatología y en la mejoría clínica de los pacientes, es fundamental saber si lo es por sí mismo o podría haber alguna variable que estuviera potenciándolo. Como no se tuvo en cuenta como criterio de exclusión el que las personas estuvieran recibieron tratamiento psicofarmacológico a la vez que la TCC centrada en el trauma que aquí nos ocupa, los efectos aditivos de la combinación entre fármacos y terapia psicológica fueron analizados también para este estudio.

En la tabla 39 aparecen los criterios de eficacia en función de la comparación entre la terapia combinada (terapia cognitivo-conductual y psicofármacos) y la terapia cognitivo-conductual aislada. Se consideró que nuestra terapia cognitivo-conductual cumplía un criterio de eficacia en este grupo si no existían diferencias significativas entre ella y la terapia combinada o si esas diferencias se daban en contra y nunca a favor de la terapia combinada. Es decir, se consideraba que la TCC era eficaz por sí misma si no se encontraba un efecto positivo adicional en los resultados para los pacientes que también tomaban medicación.

Tabla 39 Listado de cumplimiento de los diferentes índices de eficacia diagnóstica, sintomatológica y clínica, según la comparación del grupo de terapia combinada (terapia cognitivo conductual y psicofármacos) con el grupo de terapia cognitivo conductual aislada

Medida de Eficacia	Postratamiento (todos los participantes)				Seguimiento (todos los participantes)		
	Completan	Intención de tratar conservado	Intención de tratar no conservador	Todos completos	Completan	Intención de tratar conservador	Todos completos
Eficacia diagnóstica							
TEPT	✓		✓	✓	✓	✓	✓
TDM	✓		✓	✓	✓	✓	✓
T. Ansiedad	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Comorbilidad	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Eficacia sintomatológica							
PCL cambio	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
BDI-II cambio	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
BAI cambio	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Significación clínica							
Mejorados (PCL)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mejorados (BDI-II)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Mejorados (BAI)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Nota. ✓ = Diferencia entre grupos no estadísticamente significativa o significativa en contra de la terapia combinada; X = Diferencia entre grupos estadísticamente significativa a favor de la terapia combinada PCL = Lista de Verificación del Estrés Postraumático; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-II.; BAI = Inventario de Ansiedad de Beck.

En el caso de los diagnósticos, por ejemplo, tanto en el postratamiento como en los seguimientos y tanto para las muestras de completos, como para las muestras de intención de tratar, se consideró que este criterio de eficacia se cumplía, puesto que solamente en la muestra de intención de tratar y en el postratamiento, las personas que tomaban medicación mostraron un mayor porcentaje de trastornos de ansiedad diferentes al TEPT que los que no lo hacían. Para el resto de trastornos y a lo largo de los diferentes momentos de medida, la medicación combinada y la TCC aislada no se mostraron diferentes. Por tanto, no parecía haber un efecto positivo de la medicación en la reducción de prevalencia diagnóstica.

Como las personas que estaban tomando medicación tenían puntuaciones medias en los cuestionarios significativamente superiores a las del grupo que no la tomaba, es decir, se encontraban peor desde el principio, los análisis comparativos en el postratamiento y en el seguimiento se llevaron a cabo no solamente en función de las puntuaciones que obtuvieran los dos grupos (combinado y aislado) después del tratamiento, sino también en función del cambio que habían experimentado cada uno de ellos desde su punto de partida más o menos alto. De hecho, en la tabla 39 se consideró que la TCC cumplía un criterio de eficacia en función de las diferencias en la reducción de sintomatología. Tras los análisis oportunos se vio que ni en el postratamiento, ni en el seguimiento y para ninguna de las muestras había diferencias significativas a este respecto, por lo que se consideró que la medicación no aportaba nada en este sentido.

De manera coherente, para la significación clínica se consideró como criterio de eficacia el criterio relativo del porcentaje de pacientes mejorados, que no estaba basado únicamente en las puntuaciones en bruto, sino en el cambio y en concreto, en el índice de cambio fiable. Tomando en cuenta este criterio, tanto en el postratamiento, como en el seguimiento y tanto para las muestras de completos como para las muestras de intención de

Capítulo 7: Resumen de la parte empírica

tratar (con ambos criterios), no se encontraron diferencias entre los porcentajes de mejoría de las personas que estaban tomando medicación y las que no lo hacían, por lo que, tampoco en este caso parecía que la medicación pudiera estar sumando eficacia al TCC centrada en el trauma.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Capítulo 8:

Discusión

El hecho de que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma se pueda considerar, a día de hoy, como el tratamiento de elección para el abordaje de las consecuencias psicopatológicas derivadas del terrorismo, no quiere decir que éste sea, en absoluto, un tema zanjado.

Aunque, efectivamente, la TCC centrada en el trauma está avalada para el tratamiento del trauma, en general, y ha mostrado efectos positivos para las víctimas del terrorismo, en particular, los estudios de eficacia específicos en los que se asienta son tan pocos que sería irresponsable sacar conclusiones definitivas al respecto.

Con el fin último de sumar conocimiento empírico acerca de la eficacia de los tratamientos en este campo concreto, el trabajo de tesis doctoral que aquí se ha presentado adoptó la forma de un ensayo clínico aleatorizado en el que se trataba de poner a prueba, al menos una vez más, esta terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en una muestra específica de víctimas del terrorismo, en la que, por cierto, no solamente estaban incluidas víctimas directas de los atentados, sino que también lo estaban algunas de las conocidas como “víctimas indirectas” y, en concreto, los familiares y amigos de heridos y fallecidos que, a la postre, han sido los grandes olvidados de la literatura específica sobre el tema.

Pero el estudio de la TCC centrada en el trauma no solo estaba limitado en cantidad, sino también en la calidad o más bien, en la adecuación de sus diseños a la realidad de las víctimas de trauma, algo que a lo largo de este texto se ha dado en llamar “radiografía del trauma”. No tiene demasiado sentido que para unos pacientes para los que reacciones emocionales diferentes al miedo, sobre todo, síntomas depresivos o creencias disfuncionales específicas, los estudios utilicen el TEPT (entendido como trastorno de ansiedad) como criterio fundamental de inclusión y como medida casi única de sus resultados, como tampoco parece tener demasiada lógica que para este mismo perfil de

pacientes que van mucho más allá del trastorno de ansiedad, el componente casi único del tratamiento sea la exposición, aunque, por supuesto, ésta está plenamente establecida como tratamiento eficaz y útil en víctimas de acontecimientos traumáticos.

Por ese motivo, el ensayo clínico aleatorizado que se ha desarrollado aquí iba dirigido no solo a víctimas del terrorismo que tuvieran TEPT, sino también pretendía estudiar esos otros trastornos ansioso-depresivos que tan frecuentemente aparecen junto a él o incluso, independientemente de él. Y, además, con el objetivo de adaptar a esta realidad del trauma no solo el diseño del estudio sino también la terapia que se iba a juzgar, en este trabajo se adoptó un protocolo bien establecido de TCC centrada en el trauma (Foa y Rothbaum, 1998), pero se le añadieron técnicas específicas para el manejo de la ansiedad y de la sintomatología depresiva.

Pero además, los estudios específicos sobre la eficacia de los tratamientos para víctimas del terrorismo, aunque en varias ocasiones incluían trastornos crónicos, no habían trabajado con muestras de pacientes cuyos atentados hubieran sucedido hacía tanto tiempo como en este caso. Por eso, aunque la TCC centrada en el trauma seguía siendo tratamiento de elección, se decidió adaptar el protocolo de intervención una vez más y hacer un mayor énfasis en la reestructuración de creencias que podrían estar actuando como mantenedores de la patología e introducir técnicas para manejar la desregulación de las emociones, frecuentemente asociada a las formas más crónicas y complicadas del trauma, técnicas de motivación con las que prevenir futuros abandonos, especialmente, en unas víctimas, que ya tenían un largo recorrido, y técnicas narrativas para reconstruir lo que para muchos podría ser toda una vida desestructurada a causa del terror.

Con el propósito de ofrecer una información sobre la eficacia del tratamiento lo más plural posible, el análisis de los resultados incluyó información sobre varios aspectos

relacionados con la eficacia del tratamiento que debían tenerse en cuenta en su conjunto a la hora de sacar conclusiones.

De entre todas esas conclusiones, quizás la primera que deba exponerse aquí es la de que *la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma se reveló como una intervención eficaz para las víctimas de atentados terroristas que sufrían TEPT* y lo era por varios motivos.

En primer lugar, porque las personas del grupo experimental que completaron el tratamiento ($n = 25$) mostraron un descenso significativo de la sintomatología postraumática medida por la PCL, de manera que su puntuación media pasó de situarse por encima del punto de corte establecido para una sintomatología clínicamente significativa o puntuación C ($PCL > 29$) en el pretratamiento a encontrarse por debajo de la misma en el postratamiento (42,61 frente a 25,57), lo que suponía una diferencia estadísticamente significativa ($p < ,001$).

Además, los resultados positivos no se limitaron solamente a la reducción de sintomatología postraumática, sino que se reprodujeron también cuando de lo que se trataba era del malestar y la interferencia que esa sintomatología postraumática producía en la vida diaria de las personas, es decir, del diagnóstico de TEPT. Así, en el grupo de tratamiento, el descenso del porcentaje de participantes con diagnóstico de TEPT no solo fue significativo ($p < ,001$), sino que fue completo, de manera que se pasó de un 48% de víctimas con TEPT en el pretratamiento a un 0% de víctimas con TEPT al finalizar la terapia, es decir, que el 100% de las víctimas que sufrían TEPT ya no cumplían los criterios diagnósticos para dicho trastorno tras la intervención.

Pero la eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma se mostraba, sobre todo, al utilizar el criterio más exigente de comparación de los resultados terapéuticos del grupo de tratamiento con los del grupo de control (en este caso de lista de

espera), grupos que no diferían en el pretratamiento en cuanto a sus características sociodemográficas y clínicas, que fueron creados mediante un riguroso proceso de aleatorización y que, por tanto, constituyen la esencia misma de un estudio de eficacia como éste. Aunque es cierto que los participantes del grupo de control manifestaron una ligera mejoría tras el tiempo de espera y que esta mejoría fue incluso estadísticamente significativa para la sintomatología postraumática ($p < .05$) los resultados en el postratamiento del grupo experimental fueron significativamente mejores tanto en lo que se refiere a la sintomatología de estrés postraumático (25,57 frente a 37,27) como a la presencia de un TEPT diagnosticable (0% frente a 50%).

Adicionalmente y teniendo en cuenta las altas tasas de abandono de los tratamientos que suelen darse en este tipo de estudios, se realizaron análisis estadísticos rigurosos de intención de tratar, en los que, como se recordará, se tenía en cuenta no solamente a aquellas personas que habían completado el tratamiento, sino también a los que lo habían abandonado y se utilizaron incluso, dos criterios, uno más conservador que el otro. Tras realizarse estos análisis, la puntuación media de la PCL en el pretratamiento (45,89) seguía disminuyendo de forma significativa ($p < .001$), aunque en este caso, la sintomatología postratamiento no llegó a rebasar el punto de corte de 29 o puntuación C, ni con el criterio más conservador (puntuación media de 34,69) ni tampoco con el menos conservador (puntuación media de 30,91), que se encontraba en el límite superior. Por supuesto, esta reducción en la sintomatología también redundó en una disminución significativa ($p < .001$) en los diagnósticos, aunque, al tratarse de un análisis de intención de tratar, lógicamente, ésta no fue completa. Así, el porcentaje de personas con TEPT pasó de ser de un 48,6% en el pretratamiento a un 14,3% en el postratamiento, es decir, disminuyó en 34,3 puntos porcentuales. Asimismo, cuando se realizaron con esta muestra de intención de tratar los análisis de comparación entre las dos condiciones experimentales (tratamiento y

lista de espera) se confirmó una vez más que, aunque las personas que fueron asignadas al grupo de control habían disminuido significativamente ($p < .05$) su sintomatología postraumática durante el tiempo de espera, el grupo que había recibido terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma tenía mejores resultados, pues mostraba en el postratamiento porcentajes de TEPT significativamente menores (14,3% frente a 50%) y puntuaciones medias en la PCL también significativamente más pequeñas, tanto con el criterio menos conservador (30,91 frente a 36,38) pero incluso, cuando se tuvo en cuenta el criterio de análisis de intención de tratar más conservador (34,69 frente a 36,38).

Además, la TCC centrada en el trauma se mostró eficaz a largo plazo. Aunque a los 6 meses de haberse finalizado el tratamiento las puntuaciones medias obtenidas con la PCL experimentaron un ligero repunte (véase la figura 42), tanto como para llegar a situarse por encima de la puntuación C, a largo plazo, la sintomatología postraumática de las personas que completaron el seguimiento ($n = 18$) seguía siendo significativamente menor ($p < .001$), que la que estas mismas personas obtuvieron en el pretratamiento (43,22 frente a 29,83)⁸ incluso, cuando se realizaron análisis de intención de tratar ($n = 35$) (45,91 frente a 39). Coherentemente, a pesar de que el porcentaje de diagnósticos de TEPT también aumentó, al menos, en la muestra de intención de tratar, este porcentaje seguía siendo en el seguimiento significativamente más pequeño que en el pretratamiento de referencia ($p < .01$), tanto para la muestra de completos (50% frente a 0%) como en la de intención de tratar (48,6% frente a 22,9%), siendo especialmente destacable que a los 6 meses de haber finalizado el tratamiento el porcentaje de TEPT para las personas que completaron no solo la terapia, sino también el seguimiento a largo plazo, seguía siendo del 0% (véase la figura 43)

⁸ Las puntuaciones pretratamiento no son exactamente iguales aquí que en la figura 42 ya que se calcularon específicamente para las 18 personas que completaron no solo el tratamiento, sino también el seguimiento.

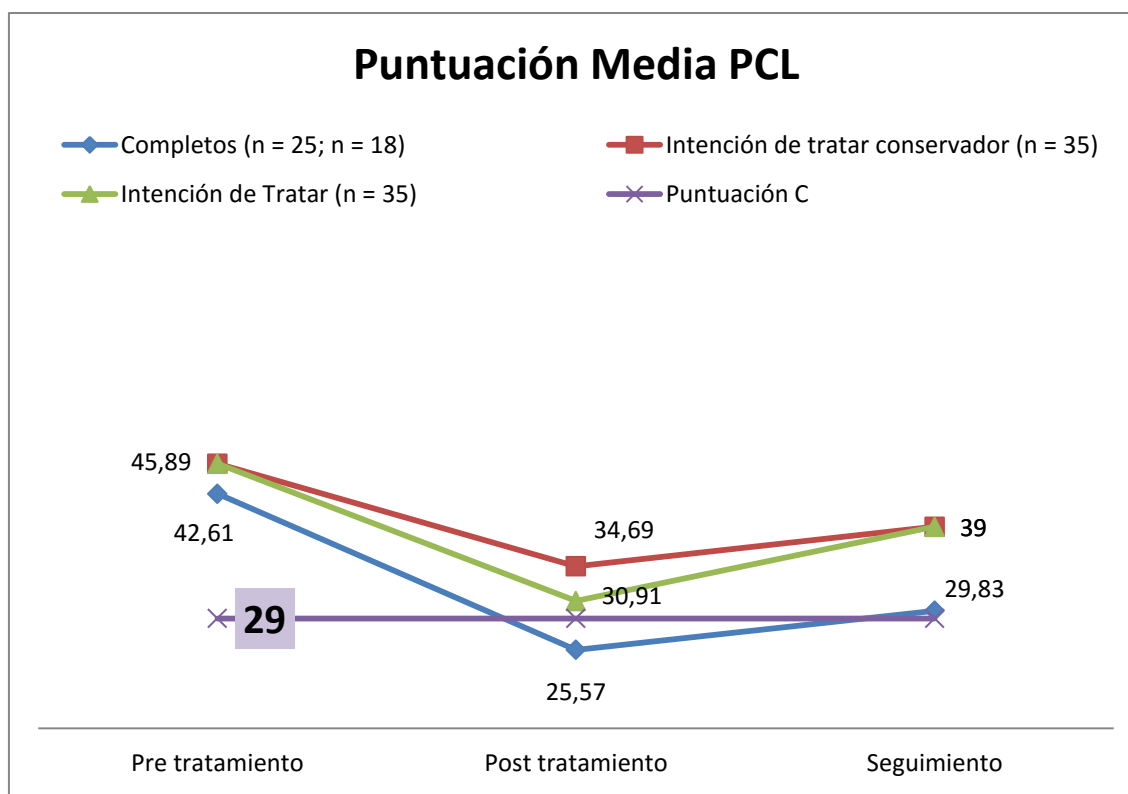


Figura 42: Curso de la sintomatología postraumática en la muestra de completos y de intención de tratar

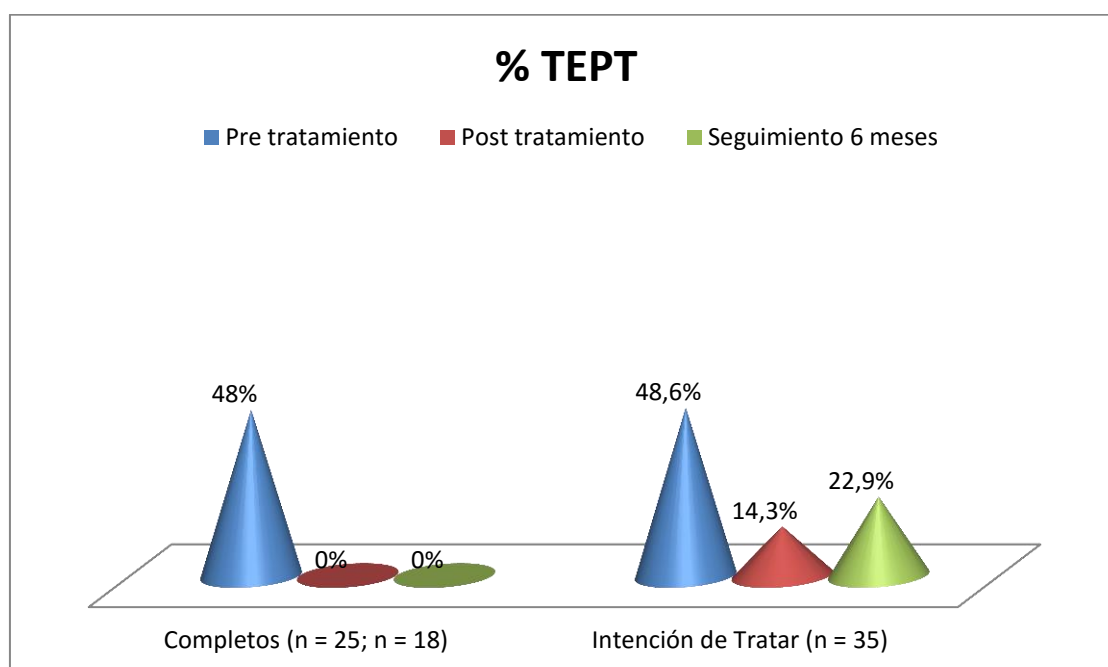


Figura 43. Curso de la patología postraumática en la muestra de completos e intención de tratar

Los resultados de este estudio se suman, así, a los datos de los pocos estudios previos sobre la eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, que, como ya se ha comentado, se centraban casi exclusivamente en el análisis del TEPT. Incluso, en algunos aspectos, los resultados y la metodología hasta aquí expuesta eran mejores que los de algunos de esos estudios. Recuérdese aquí, por ejemplo, que en algunos estudios ni siquiera se realizaron análisis de intención de tratar (Difede, Cukor et al., 2007) y que, en algunos otros, cuando se realizaron, las diferencias entre el grupo de tratamiento y el grupo de control en sintomatología postraumática desaparecían (Difede, Malta et al., 2007) o no se mantenían los beneficios del tratamiento a largo plazo (Schneier et al., 2012).

Pero la TCC centrada en el trauma y aplicada a víctimas del terrorismo no solo era estadísticamente eficaz, sino que también parecía ser clínicamente eficaz. Por ejemplo, según los estándares de Cohen, el tamaño del efecto pre-post en la PCL para las personas que completaron el tratamiento fue grande ($d = 1,39$), mientras que la magnitud de la diferencia pre/post para esa misma variable en el grupo de control fue pequeña ($d = 0,29$).

Este tamaño del efecto fue comparable al obtenido por otros estudios de eficacia en víctimas del terrorismo, aunque la magnitud del cambio en las investigaciones previas era superior ($d = 1,74$ en Duffy et al., 2007), especialmente, cuando los tamaños se calcularon en las muestras de intención de tratar ($d = 1,25$ en Duffy et al., 2007 frente a $d = 1,07$ en este estudio, según el criterio menos conservador).

El tamaño del efecto pre-post de este estudio para la sintomatología postraumática ($d = 1,39$), también fue comparable, aunque ligeramente inferior, al que se mostraba en otros estudios sobre el tratamiento del trauma en general. Según la revisión de Cahill, Rothbaum, Resick y Follette (2009), exceptuando a los veteranos de guerra, que suelen tener peores resultados terapéuticos (Bisson et al., 2007; Bradley, Greene, Russ, Dutra, y Westen,

2005), la media ponderada del tamaño del efecto para víctimas de acontecimientos traumáticos que habían completado un tratamiento, era de 1,73.

El tamaño del efecto pre/seguimiento de este estudio también fue, según los estándares de Cohen, grande ($d = 0,94$), pero siguiendo la línea de todo lo anterior continuaba siendo muy inferior a los tamaños del efecto pre/seguimiento de otros estudios anteriores ($d = 2,10$ en Duffy et al., 2007, y $g = 1,78$ en Bryant et al., 2011).

Por último, el tamaño del efecto entre grupos para las personas que completaron el tratamiento fue también grande ($d = 0,84$) y aunque en esta ocasión también había tamaños del efecto de otros estudios superiores a éste (1,37 y 1,66 en Difede, Malta et al., 2007, y 1,54 en Difede, Cukor et al., 2007), otros mostraban resultados muy parecidos (0,96 en Bryant et al., 2011). Sin embargo, el tamaño del efecto entre grupos en el momento de postratamiento con la muestra de intención de tratar fue pequeño ($d = 0,38$).

Independientemente del tamaño del efecto, un 78,3% de las personas que habían completado el tratamiento habían logrado disminuir su puntuación en la PCL por debajo de la puntuación C (29 para la PCL) y se podía considerar que un 56,5% había mejorado en su trastorno por estrés postraumático, según el índice de cambio fiable (RCI). Aunque es importante tener en cuenta que tras la simple espera, 40,4% personas del grupo control disminuyeron su puntuación en la PCL por debajo de la puntuación C y un 31,1% mejoraron según el RCI, estos porcentajes eran significativamente menores ($p = ,01$ y $p = ,05$) que en el grupo de tratamiento.

A diferencia de los tamaños del efecto, estos resultados no solo fueron comparables sino incluso, superiores, a los obtenidos en otros estudios de eficacia específicos. Tal y como se recordará, en la revisión de García-Vera et al. (2015) se informaba que el porcentaje de víctimas que mostraban una mejoría clínicamente significativa en el TEPT en los estudios de eficacia de la terapia cognitiva-conductual era, como media, del 50,9%

en el postratamiento según un análisis de intención de tratar, porcentaje que fue igualado o superado en este estudio, incluso, cuando se realizaron también los análisis de intención de tratar, donde se obtuvieron porcentajes de mejora en la PCL de 54,3% (puntuación C) y 51,4% (índice de cambio fiable). Aunque cuando se utilizó el análisis de intención de tratar más conservador estos porcentajes fueron más pequeños (45,7% y 37,1%), aún superaban los de otros estudios, como el de Schneier et al. (2012), donde el porcentaje de mejora del grupo de control (la TCC sin fármacos) fue tan solo del 16,7%. De todas formas, con estos análisis de intención de tratar no se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de mejora clínica entre el grupo de tratamiento y el grupo de control, como sí ocurría para los análisis de personas que habían completado el tratamiento.

También es importante resaltar que el porcentaje de mejora a los 6 meses de seguimiento se mantenía (66,7% según la puntuación C) o aumentaba (61,1% según el RCI) e incluso, se mantenía relativamente estable para los análisis de intención de tratar (45,7% y 31,4%) (véanse las figuras 44 y 45). Por desgracia, estos resultados no pueden compararse con los de otros estudios de eficacia, pues la significación clínica no solía medirse a tan largo plazo.

Además, también es importante reseñar que, a diferencia de lo que comentaban otros autores sobre el posible riesgo de la TCC centrada en el trauma en el empeoramiento de los síntomas (Pitman et al., 1990; Tarrier et al., 1999) en el presente estudio no hay pacientes que empeoren significativamente tras el tratamiento, ni en la muestra de completos ni en la de intención de tratar. Solamente, a los 6 meses de seguimiento existe un porcentaje de personas que empeoraron, tanto en la muestra de completos como en la de intención de tratar (5,6-2,9%).

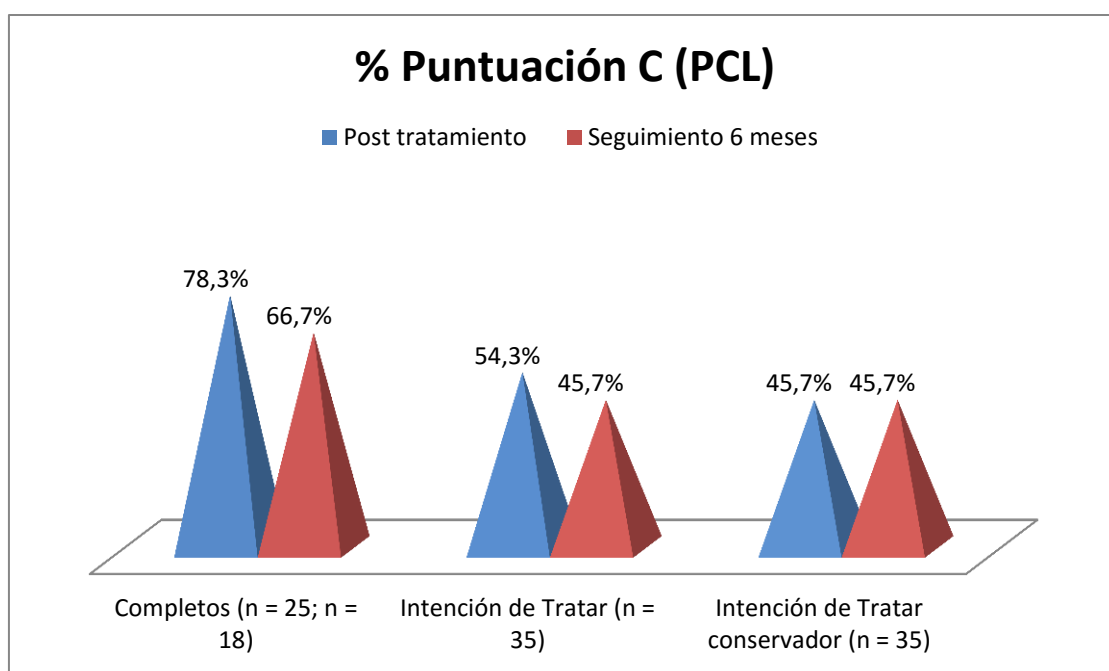


Figura 44: Curso de la significación clínica según el porcentaje de personas que disminuyeron la puntuación en la PCL por debajo de la puntuación C en la muestra de completos y de intención de tratar

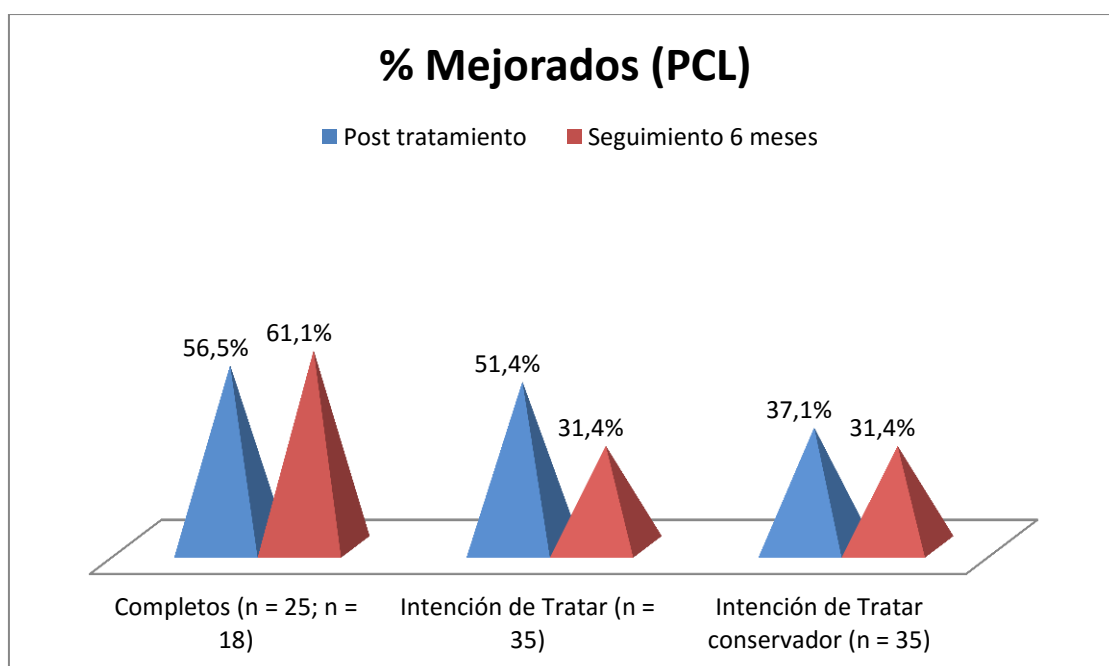


Figura 45: Curso de la significación clínica según el porcentaje de mejorados (RCI) en la PCL y en la muestra de completos y de intención de tratar

No obstante, más allá de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma para la mejoría de la sintomatología y los trastornos por estrés postraumático, una novedad del presente estudio respecto a otros anteriores es que demuestra que *la eficacia de esta terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma no se limita al TEPT o a la sintomatología postraumática, sino que el tratamiento también era eficaz para el TDM y otros trastornos de ansiedad.*

El porcentaje de víctimas con TDM en el grupo experimental que completó la terapia, que además fue el diagnóstico más prevalente para este grupo, incluso, por encima del TEPT, pasó del 56% en el pretratamiento al 0% en el postratamiento, una disminución que fue claramente significativa ($p < ,001$), y que supuso unos resultados significativamente mejores ($p < ,01$) que los del grupo de control (0% frente a 28%). Aunque a los 6 meses este porcentaje de personas con depresión aumentó al 5,6%, el porcentaje de TDM seguía siendo significativamente menor que en el pretratamiento ($p < ,01$) (véase la figura 46). Los análisis de intención de tratar sirvieron para corroborar estos datos, pues también entonces hubo disminuciones significativas ($p < ,001$) del porcentaje de TDM entre el pre y el post (48,6% frente a 8,6%) y diferencias significativas ($p < ,05$) entre grupos (8,6% frente a 28%).

Esta mejoría, además, fue coherente con la reducción significativa ($p < ,001$) encontrada en la sintomatología depresiva medida por el BDI-II en los pacientes que completaron (21,54 frente a 7,63). A pesar de que el grupo de control también mejoró significativamente ($p < ,05$) en su sintomatología depresiva tras el tiempo de espera, las puntuaciones medias fueron para ellos significativamente peores ($p < ,001$) que para el grupo experimental (7,63 frente a 15,75).

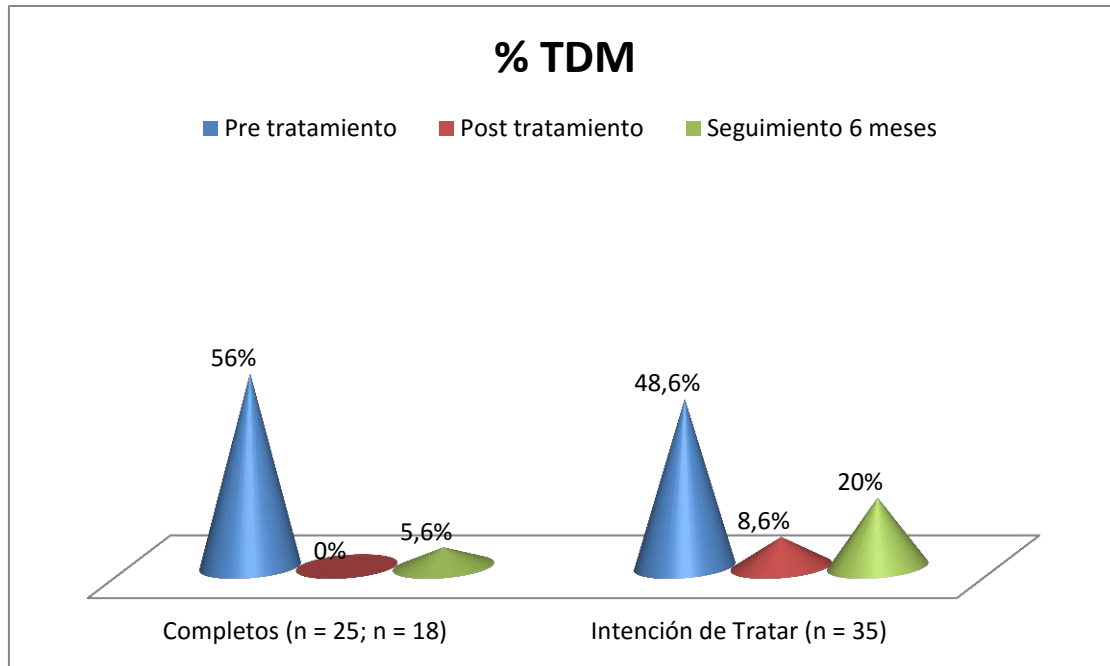


Figura 46: Curso de la patología depresiva en la muestra de completos e intención de tratar

Los análisis de intención de tratar también sirvieron para corroborar estos datos, de manera que la disminución entre el pre y el postratamiento seguía siendo significativa ($p < ,001$) para el BDI-II (24,11 frente a 10,26), incluso, utilizando el criterio más conservador (24,11 frente a 14,57). Además, en el postratamiento las puntuaciones seguían encontrándose en el límite o por debajo de la puntuación C para el BDI-II, que en este caso, era de 14, e incluso, con estos análisis las diferencias entre grupos en el postratamiento siguieron siendo significativas ($p < ,05$ o $p < ,001$, según el criterio menos o más conservador).

Tal y como se aprecia en la figura 47, a los 6 meses y como ocurría para la PCL las puntuaciones aumentaron también en el BDI, permaneciendo solamente por debajo de la puntuación C en los análisis de completos (11,72). En cualquier caso, las puntuaciones en el seguimiento, tanto en el grupo de completos como en el de intención de tratar seguían siendo significativas respecto al pretratamiento ($p < ,01$ para ambos).

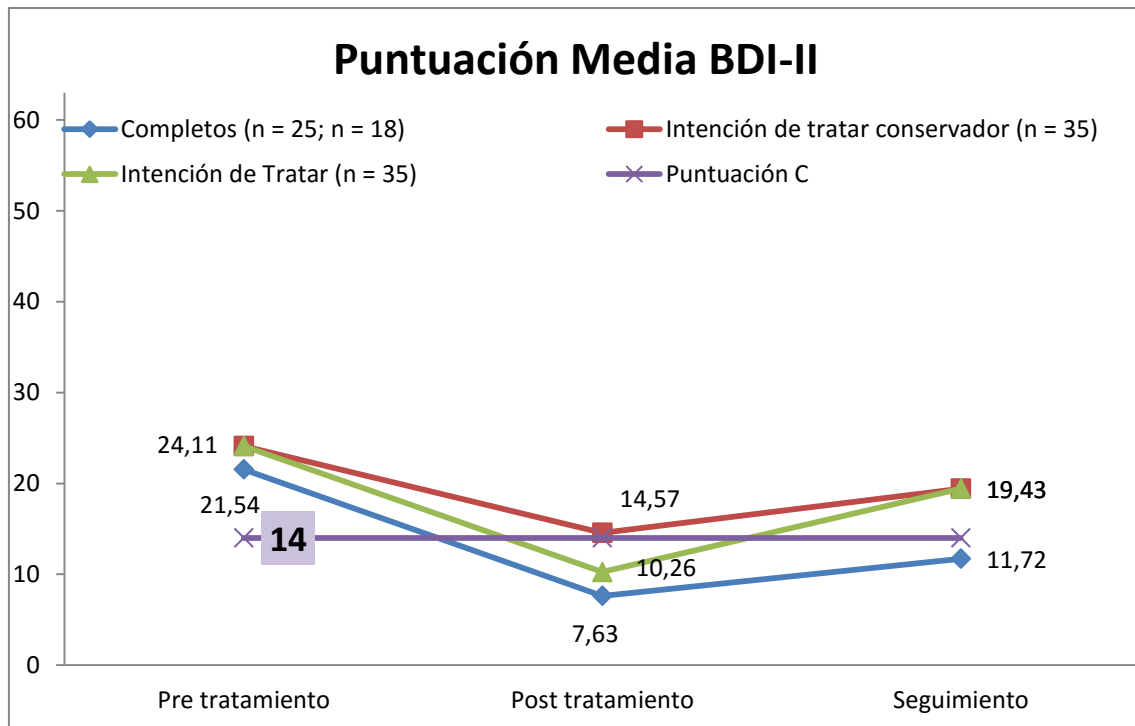


Figura 47: Curso de la sintomatología depresiva en la muestra de completos y de intención de tratar

Los resultados en sintomatología depresiva alcanzaron un tamaño del efecto pre/post grande ($d = 1,19$), superior al del grupo control ($d = 0,28$) y comparable al obtenido en la sintomatología de estrés postraumático medida por la PCL ($d = 1,39$) e incluso, al de otros estudios, como el de Duffy et al., 2007 ($d = 1,24$) y en este caso, sin que hubiera diferencias tan grandes entre ellos, como ocurría para la sintomatología postraumática. Incluso, los tamaños del efecto pre/post fueron altos utilizando la metodología de intención de tratar, al menos con el criterio menos conservador ($d = 1,08$), tan altos como en la PCL ($d = 1,07$) y comparables a otros establecidos también para la intención de tratar como Duffy et al., 2007 ($d = 1,05$). Sin embargo, utilizando el criterio más conservador estos tamaños del efecto fueron moderados ($d = 0,65$).

En la misma línea, los tamaños del efecto pre/seguimiento fueron también moderados ($d = 0,73$), y más pequeños que los obtenidos para sintomatología depresiva a largo plazo en otros estudios ($d = 1,45$ en Duffy et al., 2007 y $g = 1,22$ en Bryant et al.,

2011). Por supuesto, cuando se utilizó la metodología de intención de tratar en los seguimientos los tamaños del efecto fueron más pequeños aún ($d = 0,30$)

El tamaño del efecto entre grupos en el postratamiento fue para la sintomatología depresiva moderado ($d = 0,69$), aunque comparable al de otros estudios (Difede, Malta et al., 2007 $d = 0,86$ y Bryant et al., 2011 $g = 0,81$) y, por supuesto, con los análisis de intención de tratar, más pequeño todavía ($d = 0,42$ para el menos conservador y $d = 0,04$ para el más conservador).

Sin embargo, un porcentaje muy alto (91,7%) de pacientes que completaron la terapia se encontraron por debajo de la puntuación C (14 para el BDI-II) en el momento de postratamiento, aunque este porcentaje de mejoría disminuía cuando se tenía en cuenta el criterio del índice del cambio fiable según el cual en el postratamiento solamente un 45,8% de personas habrían mejorado. Aunque una vez más la espera también sirvió para que un 52,2% de las personas del grupo de control disminuyeran su puntuación más allá de la puntuación C y que un 20,5% mejoraran, había diferencias significativas entre estos porcentajes entre el grupo control y el grupo de tratamiento ($p < ,001$ para la puntuación C y $p < ,05$ para el índice del cambio fiable). Con los análisis de intención de tratar estos porcentajes disminuyeron pero seguían siendo comparables a los obtenidos en sintomatología postraumática en este estudio (51,4% de mejorados en trastornos depresivos y TEPT) e incluso, podían ser más altos (74,3% de pacientes que rebasan la puntuación C en sintomatología depresiva frente a 54,3% que lo hacen en sintomatología postraumática) incluso, siguiendo el criterio más conservador. Aunque no se encontraron diferencias significativas entre el porcentaje de personas que en el postratamiento habían disminuido su puntuación más allá de la puntuación C según los análisis de intención de tratar, puesto que un 54% de las personas que habían simplemente esperando, también consiguieron rebajar su puntuación, el porcentaje de pacientes mejorados según el índice

de cambio fiable sí fue significativamente mejor ($p < ,01$) para la condición experimental, pues en el grupo de control solo 18,8% de las personas mejoraron, al menos, según el criterio menos conservador.

A los 6 meses de seguimiento, la significación clínica de los pacientes seguía siendo alta, con un 66,7% de personas que todavía conservaba la puntuación en el BDI-II por debajo de la puntuación C (véase la figura 48) y se mantenía para los análisis de intención de tratar (45,7%). Aunque el porcentaje de mejorados según el RCI, fue menor (44,4%) estaba prácticamente igual que en el postratamiento, no así en la muestra de intención de tratar (22,9%)

A pesar de todo ello, estos criterios de mejoría clínica no pueden ser comentados en comparación con otros estudios, ya que, excepto por el estudio de Bryant et al. (2011), que cuando habla de mejoría clínica se refiere también, indirectamente, a la depresión, el resto no hace referencia alguna a este tema.

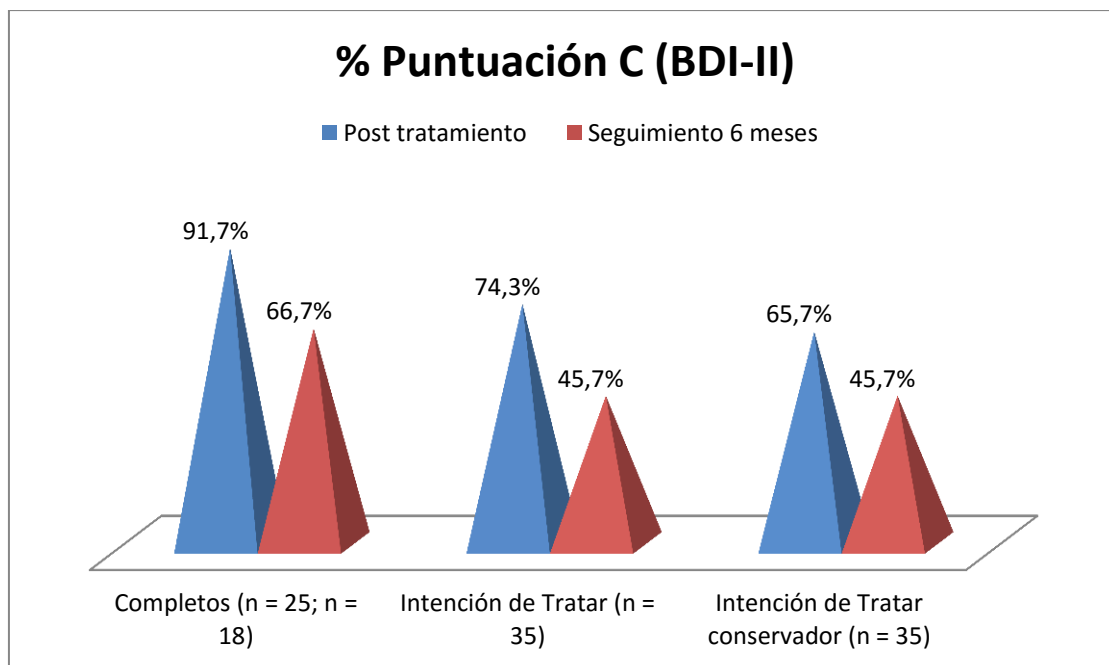


Figura 48: Curso de la significación clínica según el porcentaje de personas que disminuyeron la puntuación en el BDI-II por debajo de la puntuación C en la muestra de completos y de intención de tratar

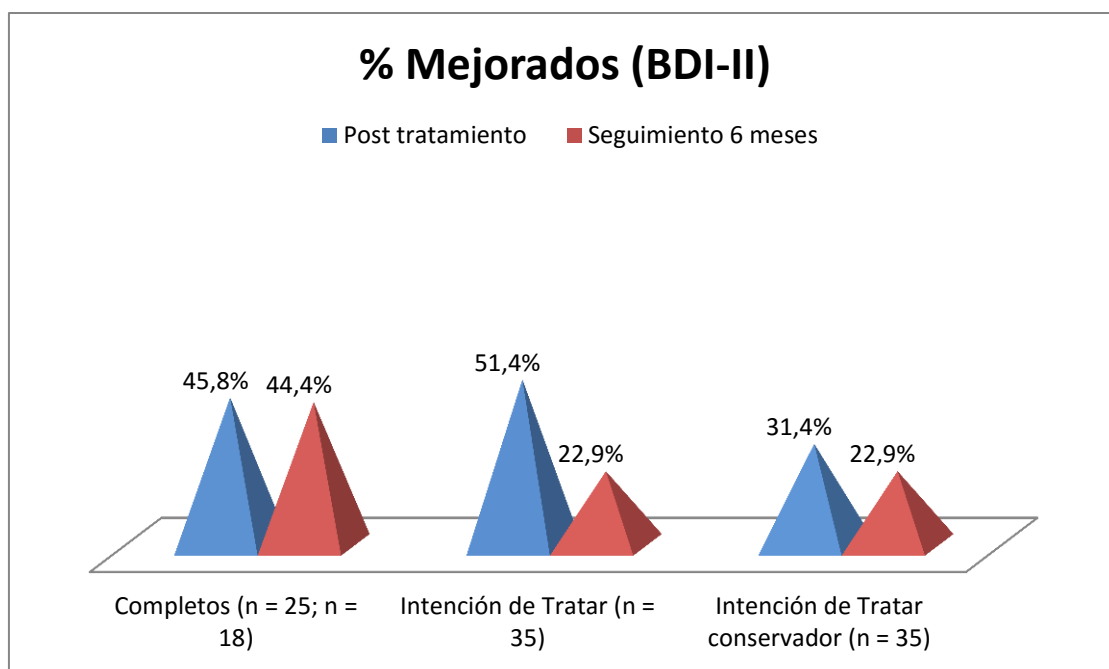


Figura 49: Curso de la significación clínica según el porcentaje de mejorados (RCI) en el BDI-II y en la muestra de completos y de intención de tratar

De forma similar, el porcentaje de víctimas con trastornos de ansiedad diferentes al TEPT disminuyó significativamente ($p < ,001$), del 80% en el pretratamiento al 28% en el postratamiento, lo cual supuso unos resultados significativamente mejores ($p < ,01$) que los del grupo de control (28% frente a 68%). Aunque a los 6 meses este porcentaje de personas con ansiedad aumentó al 33,3%, el resultado seguía siendo significativamente menor que en el pretratamiento ($p < ,05$) (véase la figura 50). Incluso, los análisis de intención de tratar fueron positivos en este sentido pues los pacientes del grupo experimental pasaron de un 80% de trastornos de ansiedad en el pretratamiento a un 42,9% en el postratamiento, lo cual fue significativo ($p < ,001$) y significativo también en comparación con el grupo de control ($p < ,05$). El ligero repunte que se experimenta en el seguimiento a 6 meses con la muestra de intención de tratar (48,6%) no elimina la diferencia significativa que sigue existiendo también para esta muestra en el pre-seguimiento ($p < ,05$).

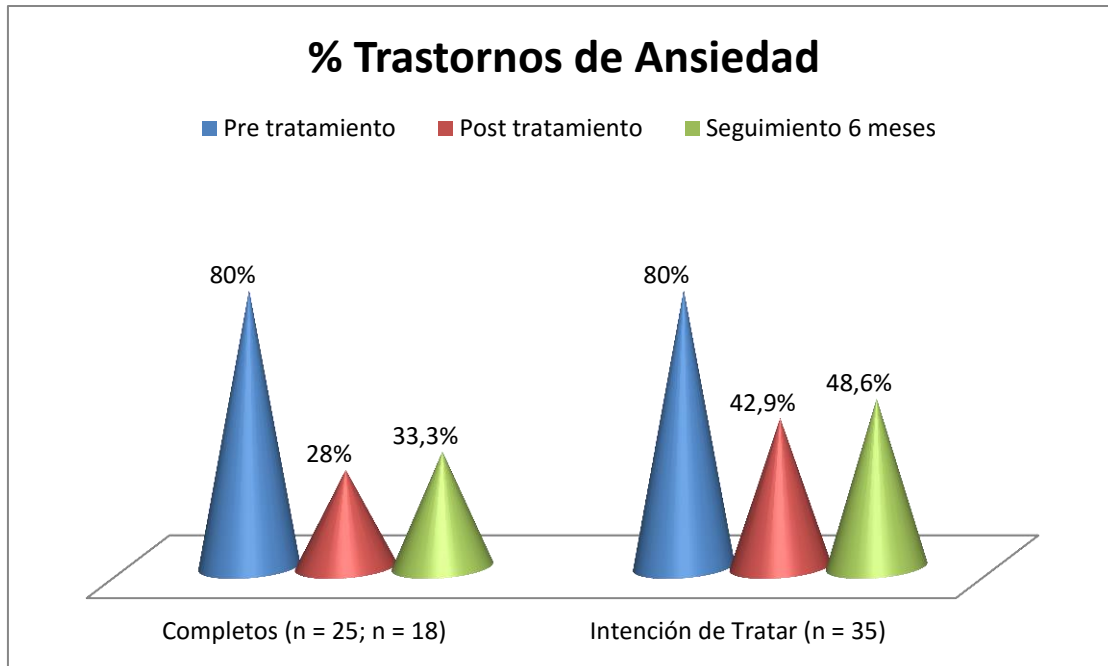


Figura 50: Curso de la patología ansiosa en la muestra de completos e intención de tratar

Esta mejoría, además, fue coherente con la reducción significativa ($p < ,001$) encontrada en la sintomatología ansiosa medida por el BAI en todos los pacientes tratados (16,88 frente a 4,96). Además, a diferencia del BDI-II y la PCL éste es el único grupo en que los pacientes del grupo de control no mejoraron con la espera y por eso, con más razón, los resultados entre una y otra condición experimental fueron significativamente diferentes ($p < ,05$) (4,96 frente a 15,91). Además, la puntuación postratamiento del grupo de completos se encontraba muy por debajo de la puntuación C, que para el BAI era también de 14 puntos.

Los análisis de intención de tratar sirvieron, una vez más, para corroborar estos datos, de manera que la disminución entre el pre y el postratamiento seguía siendo significativa ($p < ,001$) para el BAI (20,74 frente a 8,57), incluso, utilizando el criterio más conservador (20,74 frente a 12,57). Además, al igual que en el BDI, en el postratamiento las puntuaciones seguían encontrándose por debajo de la puntuación C para el BAI y con

ambos criterios. Sin embargo, para los análisis de intención de tratar las diferencias entre grupos solamente fueron significativas en el caso del criterio menos conservador ($p < ,01$).

Tal y como se aprecia en la figura 51, a los 6 meses y como ocurría para la PCL y el BDI-II las puntuaciones aumentaron también en el BAI, permaneciendo solamente por debajo de la puntuación C los pacientes que habían completado la terapia y no los que tenían intención de tratar. No obstante, tanto unos como otros seguían teniendo en el seguimiento puntuaciones significativamente ($p < ,05$ para ambos) más bajas que las del pretratamiento.

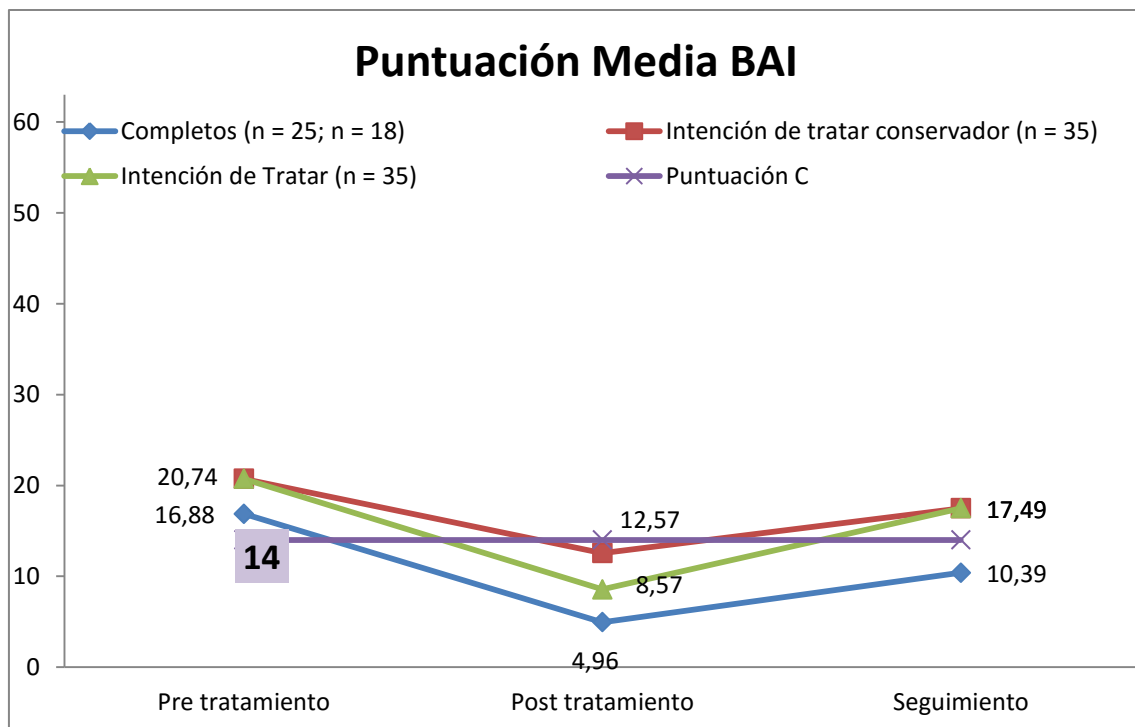


Figura 51: Curso de la sintomatología ansiosa en la muestra de completos y de intención de tratar

Los resultados en sintomatología ansiosa alcanzaron un tamaño del efecto pre/post también grande ($d = 1,20$), superior al del grupo control ($d = 0,23$) y comparable al obtenido en la sintomatología de estrés postraumático medida por la PCL ($d = 1,39$). Incluso, los tamaños del efecto pre/post fueron altos utilizando la metodología de intención

de tratar, al menos con el criterio menos conservador ($d = 0,97$), aunque más bajos que en la PCL ($d = 1,07$) y en el BDI-II ($d = 1,08$).

Sin embargo, el tamaño del efecto pre/seguimiento del BAI fue moderado ($d = 0,51$) y mucho más pequeño según la metodología de intención de tratar ($d = 0,21$)

El tamaño del efecto entre grupos en el postratamiento para el BAI fue para este estudio de 0,88 y, por tanto, grande. Por supuesto, con el análisis de intención de tratar, el tamaño del efecto entre grupos, fue mucho más pequeño ($d = 0,58$).

A pesar de ello un porcentaje muy alto de pacientes que completaron la terapia (91,7%), exactamente igual que el que había en el BDI-II, se encontraron por debajo de la puntuación C en el momento de postratamiento, aunque este porcentaje de mejoría disminuía cuando se tenía en cuenta el criterio del índice del cambio fiable según el cual en el postratamiento solamente un 54,2% de personas habrían mejorado. Aunque una vez más la espera también sirvió para que un 51,1% de las personas disminuyeran su puntuación más allá de la puntuación C y que un 26,7% mejoraran, seguía habiendo diferencias significativas en estos porcentajes entre el grupo control y el grupo de tratamiento ($p < ,001$ para la puntuación C y $p < ,05$ para el índice del cambio fiable), incluso más significativas que la PCL.

Con los análisis de intención de tratar, lógicamente, estos porcentajes disminuyeron pero seguían siendo similares (54,3% respecto al RCI) o incluso, superiores (77,1% respecto a la puntuación C) que en la PCL, aún para el criterio más conservador. Se encontraron diferencias significativas ($p < ,05$) para la puntuación C del BAI en estos análisis de intención de tratar, a pesar de que un 52% de las personas de la LE disminuyeron su puntuación por debajo de la puntuación C, y se encontraron, además, diferencias entre grupos respecto al porcentaje de pacientes mejorados, donde solo un 25%

de los del grupo control habían mejorado por su cuenta, aunque todo esto, solamente para el criterio menos conservador ($p < ,01$).

A los 6 meses el porcentaje de mejora seguía siendo, no alto sino muy alto (83,3%) para la puntuación C, incluso, con la intención de tratar (véase figura 52), aunque con porcentajes menores de pacientes mejorados según el índice de cambio fiable (38,9% en la muestra de completos y 20% en la de intención de tratar) (véase la figura 53).

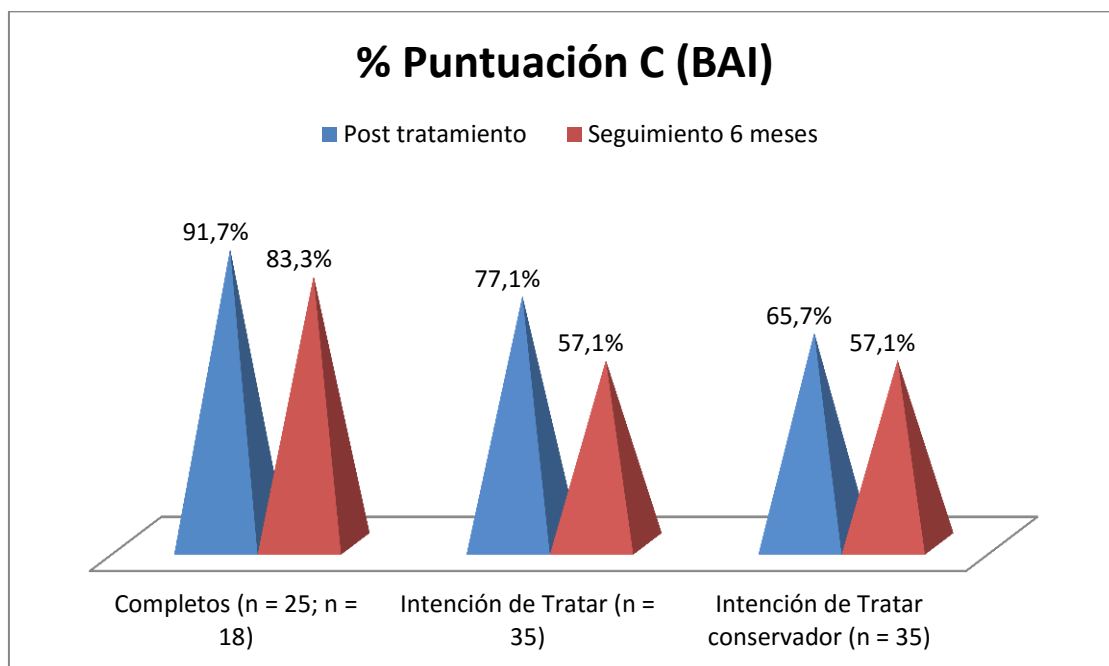


Figura 52: Curso de la significación clínica según el porcentaje de personas que disminuyeron la puntuación en el BAI por debajo de la puntuación C en la muestra de completos y de intención de tratar

Aunque el BAI es una medida realmente popular y con amplia reputación (Sanz, 2014), es importante destacar que no ha sido tomada en cuenta por el resto de estudios de eficacia específicos sobre la población de víctimas del terrorismo y, por tanto, no se puedan establecer comparaciones directas al respecto.

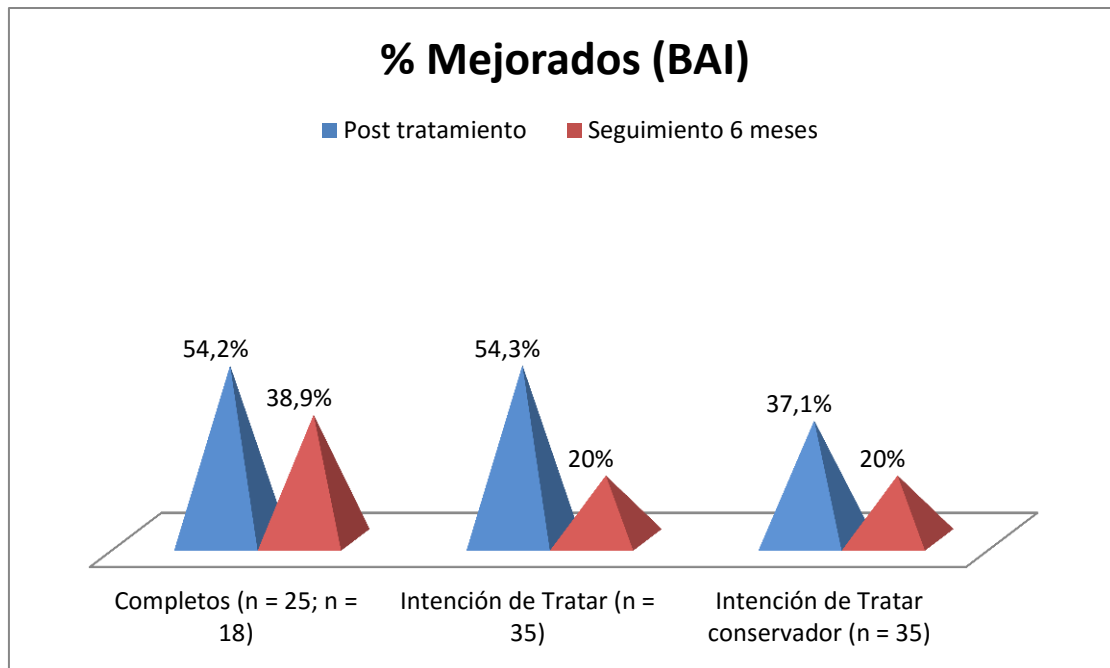


Figura 53: Curso de la significación clínica según el porcentaje de mejorados (RCI) en el BAI y en la muestra de completos y de intención de tratar

Sin embargo, tanto estos resultados relacionados con la ansiedad, como los ligados a la depresión sí se pueden comparar con los de otro tipo de estudios más generales, como los estudios de eficacia sobre la terapia cognitivo-conductual para el trastorno depresivo mayor o los trastornos de ansiedad en todo tipo de pacientes (no necesariamente víctimas de atentados ni víctimas de otros acontecimientos traumáticos). Por ejemplo, recientemente Cuijpers et al., (2014) llevaron a cabo un metaanálisis sobre la eficacia de la psicoterapia para la depresión mayor en adultos y encontraron que, en el postratamiento, las puntuaciones en el BDI-II de los pacientes habían descendido una media de 12,7 puntos en el caso de las terapias cognitivo-conductuales y de 15,1 puntos en el caso de todo tipo de psicoterapias, mientras que en el presente estudio dicha reducción en las víctimas de atentados fue de 13,91 puntos (de 21,54 en el pretratamiento a 7,63 en el postratamiento).

En la misma línea, Norton y Price (2007) estimaron, en su metaanálisis de tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de ansiedad en adultos, tamaños del efecto (*d*) de las diferencias pretratamiento-postratamiento de 1,53, 1,27, 1,50 y 1,80

para, respectivamente, el trastorno de pánico con o sin agorafobia, la fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de ansiedad generalizada, mientras que en el presente estudio los tamaños del efecto para las diferencias pretratamiento-postratamiento en la sintomatología ansiosa medida por el BAI fueron de 1,20.

Por otro lado, es importante señalar que, aunque el tratamiento que aquí nos ocupa no parecía tener un efecto específico sobre las comorbilidades de estos trastornos depresivos y ansiosos con el TEPT, al menos, en las comparaciones entre grupos, la triple comorbilidad entre TEPT, trastornos depresivos y ansiosos, que, además, era la más prevalente, se reducía significativamente en todas las muestras, incluidas las de intención de tratar (aunque no según el criterio más conservador) y cuando se aumentaba el tamaño de la muestra, en los análisis de todas las personas que completaron el tratamiento (incluyendo al grupo control $n = 40$), también aparecía como significativa la disminución del tándem TEPT-depresión ($p < ,05$), aunque esta significación no se mantuvo a los 6 meses.

Pero, lo que es más novedoso respecto a los estudios previos, es que *los buenos resultados terapéuticos del presente trabajo se han obtenido no solo a largo plazo, sino a muy largo plazo*, pues los participantes habían estado sufriendo TEPT, trastornos depresivos y trastornos de ansiedad durante casi 20 años, como media, tras el atentado. Aunque los estudios de eficacia específicos habían incorporado, de alguna manera, el tratamiento del TEPT crónico, tal y como aparece definido en el DSM-IV (se cumplen criterios durante más de 3 meses), la cronicidad de los trastornos tratados no era en ningún caso tan elevada a la del presente estudio, llegando a situarse en los 5,2 años por término medio como máximo (Duffy et al., 2007).

Teniendo en cuenta que la mayoría de las recuperaciones espontáneas del TEPT tras un atentado terrorista se suelen producir en los primeros 4 años (cf. los resultados del

metaanálisis de Morina et al., 2014) y, que el 82-85% de las víctimas con TEPT ya se han recuperado de forma espontánea a los 4-8 años de un atentado (Cukor et al., 2011; Neria et al., 2010, aunque véase Brackbill et al., 2009, para tasas menores), la intervención a largo plazo, entendida ésta como aquella que se produce al menos 4 años después del suceso traumático, supone un apoyo fundamental cuando la capacidad de resiliencia de las personas parece haberse agotado y máxime cuando, como sucede aquí, el largo plazo se refiere a 20 años tras el atentado. Además, traspasado ese plazo y cuanto más tiempo haya transcurrido desde la vivencia del acontecimiento traumático, la eficacia atribuible al tratamiento es mayor, pues es difícilmente explicable por los procesos de recuperación espontánea que se dan a más corto plazo.

A pesar de los buenos resultados expuestos hasta ahora, este trabajo cuenta con una serie de *limitaciones* que es importante tener en cuenta a la hora de sacar conclusiones sobre el tema. En primer lugar, es fundamental señalar el tamaño muestral pequeño y el desajuste entre el número de personas del grupo de tratamiento y de LE que completaron el proceso de investigación ($n = 25$ y 50 , respectivamente). Aunque el tamaño modesto de la muestra es una limitación estadística general y puede suponer un problema a la hora de asumir su representatividad, los buenos resultados obtenidos con esta muestra pequeña podrían suponer incluso un valor añadido al estudio puesto que con números pequeños siempre es más difícil obtener diferencias estadísticamente significativas. No obstante, un tamaño de la muestra mayor ayudaría a consolidar los resultados y a generalizarlos con una mayor seguridad. Además, el análisis de todas las personas que completaron el tratamiento y/o el seguimiento, que sirvió para aumentar la muestra ($n = 40$), aunque era un análisis limitado, pues no incluía la comparación entre el grupo de control y el grupo de tratamiento, corroboraba los datos obtenidos con la muestra más pequeña. Por otro lado, el desajuste entre los grupos de comparación podría suponer un sesgo, aunque las pruebas t y

χ^2 para las variables clínicas de interés en el estudio, no han mostrado diferencias significativas entre los grupos que completaron el proceso de investigación y los que no.

Una segunda limitación se centra en el elevado número de víctimas que en el presente estudio no quisieron recibir el tratamiento o bien abandonaron el mismo, y que podrían afectar a los resultados de este trabajo. En concreto, de las 60 víctimas del grupo experimental a las que se ofreció tratamiento por tener un diagnóstico de TEPT, trastorno depresivo o trastorno de ansiedad, 25 (41,6%) rechazaron iniciar dicho tratamiento y 10 lo abandonaron una vez iniciado (lo que suponía un 16,6% de las víctimas a las que se ofreció el tratamiento y un 28,6% de las que iniciaron el mismo). Esta última tasa de abandono terapéutico (28,6%), no obstante, es similar, aunque más elevada, que las tasas medias de los estudios previos de eficacia de la terapia cognitivo-conductual para víctimas de atentados terroristas (23,5%), según la revisión de García-Vera et al. (2015) y que las tasas medias de los estudios sobre la terapia psicológica del TEPT en todo tipo de víctimas (21,1% según el metaanálisis de Bradley et al., 2005 y 18,3% según el más reciente de Imel, Laska, Jakupcak, y Simpson, 2013).

Posiblemente, esta tasa de abandono pero sobre todo, la de rechazo, estén relacionadas con dos características del presente estudio que son inherentes a su propio diseño: a las víctimas se les ofreció tratamiento una media de 20 años después de haber sufrido el atentado terrorista y la inmensa mayoría de ellas fueron reclutadas mediante un procedimiento de reclutamiento (*outreach*) o localización telefónica, en lugar de responder a una solicitud directa o indirecta de ayuda por su parte. Tal y como algunas víctimas nos comentaron personalmente, cabe la posibilidad de que muchas de las que rechazaron el tratamiento o lo abandonaran estuvieran “desencantadas” o fueran escépticas ante cualquier tipo de terapia, sobre todo, después de haber transcurrido tantos años desde los atentados y haber pasado sin éxito por muchos profesionales y tratamientos de muy diversa

índole, pues no hay que olvidar que un 60% de la muestra general ($n = 120$), es decir, de las personas que fueron diagnosticadas en la evaluación pretratamiento, ya había recibido ayuda psicológica tras el atentado, un 60,8%, ayuda psicofarmacológica e incluso, un 48,3% de personas habían recibido ambas ayudas, psicológica y psicofarmacológica, en relación con el atentado. Era llamativo, además, que entre las personas que habían recibido tratamiento farmacológico, la mayor parte habían tomado, sobre todo, ansiolíticos (28,3%) o la combinación de varios psicofármacos, habitualmente, ansiolíticos y antidepresivos (24,2%), con un porcentaje mucho más pequeño de personas que habían recibido tratamiento solo con antidepresivos (3,3%), que son, la primera línea de intervención psicofarmacológica según las guías de buen tratamiento.

Por otro lado, es importante recordar que, aunque el grupo de víctimas que completaron el tratamiento y el grupo de las que lo rechazaron o abandonaron no mostraban entre sí diferencias significativas en la mayoría de variables sociodemográficas y clínicas, las personas que abandonaron sí solían tener puntuaciones más altas en el BDI-II, el BAI y la PCL. Además, parecía haber cierta relación de una edad más avanzada con un mayor porcentaje de rechazos o abandonos, lo cual, en un estudio a tan largo plazo, era inevitable. Y también, había un número significativamente mayor de familiares de fallecidos que rechazaron hacer el post LE o rechazaron o abandonaron el tratamiento. Asimismo, también es importante recordar que la tasa de remisión espontánea de la sintomatología ansioso-depresiva, además de en víctimas directas, es especialmente baja en familiares y allegados de heridos o fallecidos (véase la revisión de García-Vera y Sanz, 2010).

Aunque esta tasa de abandonos no parecía afectar a los resultados del tratamiento, pues el análisis de intención de tratar, en términos generales, corroboraba la significación estadística de los análisis de completos y no ocurría como en los estudios de Difede, Malta,

et al. (2007) y Schneier et al. (2012), parece que las estrategias de motivación aplicadas en este programa de intervención fueron insuficientes para frenar la tasa de rechazos y de abandonos y que será necesario que en un futuro se trabaje para conseguir que estos pacientes acepten y se adhieran mejor a los tratamientos, ideando quizás, estrategias específicas para las personas de grupos de edad más avanzada y sobre todo, para el colectivo de familiares y allegados de fallecidos en atentados terroristas, que además, muestran unas tasas de remisión más pobres que otros tipos de víctimas del trauma.

Sin embargo, para poder corroborar a ciencia cierta el papel que las estrategias de motivación jugaron en este tratamiento, habría que haber realizado un análisis de los componentes específicos del tratamiento y de la aportación de cada uno de ellos al éxito o fracaso de la intervención. Precisamente ésta es una de las grandes limitaciones de este estudio. A pesar de los buenos resultados obtenidos no solo para el TEPT, sino también para otros trastornos de ansiedad y depresión, no se puede saber a ciencia cierta si lo que ha hecho que los pacientes mejoren es el componente fundamental de la exposición o las otras técnicas y estrategias añadidas. Aunque los resultados en depresión y ansiedad eran comparables a los de otros estudios, incluso, más que para la PCL, estos estudios tenían tamaños del efecto más grandes y además, paradójicamente, algunos incluían componentes específicos para el tratamiento de la depresión (Duffy et al., 2007) y otros no (Bryant et al., 2011). Tampoco habría constancia de que las técnicas de regulación emocional o las técnicas narrativas contribuyeran específicamente al éxito o fracaso de esta terapia ni se sabría si la adición o sustracción de sesiones de exposición podría mejorar o empeorar los resultados. Por tanto, un siguiente paso, más que recomendable, para completar este estudio sería el ya citado análisis de componentes, que podría arrojar algo de luz a este respecto y ayudar, quizás, a aumentar las tasas de mejoría clínica obtenidas aquí, al menos, en cuanto al tamaño del efecto se refiere.

Respecto al diseño de esta investigación sería fundamental que, como ocurría para el resto de estudios examinados sobre este tema específico, se realizaran análisis de la fiabilidad de las evaluaciones pre y postratamiento, así como análisis de la adherencia al protocolo. Aunque los terapeutas que se hicieron cargo de estos pacientes estaban entrenados para ello y aunque se contaba con mecanismos de supervisión como las *checklist* del terapeuta o incluso, las sesiones semanales de supervisión, un análisis riguroso (por ejemplo, interjueces) sería necesario. Además, es importante señalar que, aunque en este estudio se respetó de manera rigurosa la aleatorización de los pacientes al grupo de tratamiento o al grupo de control, esta aleatorización no se hizo de manera totalmente independiente, puesto que la persona que aleatorizaba era también terapeuta y puesto que el resto de terapeutas, finalmente, eran conocedores de la condición experimental o control de todos sus pacientes.

Otra limitación inherente a la naturaleza de este estudio, en cuanto “estudio de eficacia”, es la posibilidad de que los resultados aquí expuestos no puedan generalizarse a otros ámbitos menos controlados de la práctica clínica común. Como se recordará, Stewart y Chambless, (2009) propusieron unos criterios y unas valoraciones numéricas para estimar el grado de representatividad clínica de los estudios, que permitían, por tanto, cuantificar el grado en que dichos estudios podrían ser categorizados como estudios de eficacia o estudios de utilidad clínica, en una escala de 0 a 9 (de poco a muy representativo de las condiciones de la práctica clínica habitual). Utilizando dichos criterios y valoraciones, el presente estudio obtendría una puntuación de 2, que se encuentra en el rango inferior (2-5,5, con una media de 3,7) de los estudios de eficacia revisados por García-Vera et al. (2015) y que supone una puntuación baja en la escala de generalización propuesta por estos autores. Aunque este resultado no dañaría en exceso la validez interna de este estudio, podría aproximar a un mayor validez externa y por tanto, a una mayor

generalización de los resultados. No obstante, es importante recordar aquí también que ya existen algunos estudios específicos sobre la efectividad de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma y que se desarrollaron en el ámbito clínico real, y todos ellos obtuvieron resultados positivos. Por ejemplo, Brewin et al. (2008) y Gillespie et al. (2002) encontraron descensos pretratamiento-postratamiento en la sintomatología postraumática que alcanzaban tamaños del efecto (d) de 2,47 y 1,99-2,53, respectivamente, superiores al tamaño del efecto pre/post para la sintomatología postraumática del grupo de tratamiento del presente estudio ($d = 1,39$). Existen además, otros ejemplos exitosos del proceso de trasladar las terapias empíricamente validadas al contexto de la clínica real (Estupiñá Puig y Labrador Encinas, 2012; Shadish, Navarro, Matt, y Phillips, 2000; Stewart y Chambless, 2009; aunque también véase Barkham et al., 2008; Gibbons et al., 2010, para algunas dificultades en esa traslación).

Precisamente por no utilizar criterios de inclusión tan estrictos como otros estudios, hay que recordar que un 35% de las víctimas que completaron el tratamiento en el presente estudio estaban tomando medicación psicotrópica a la vez que cumplían su TCC centrada en el trauma. Aunque, como decíamos, precisamente ésta es una de las características que refleja la representatividad clínica del estudio según los criterios de Stewart y Chambless (2009), cabría la posibilidad de que la medicación o su efecto sinérgico con la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma fueran los responsables de los beneficios terapéuticos encontrados en el presente estudio. Sin embargo, estas dos posibilidades, sobre todo la primera, no parecen muy plausibles ya que, en primer lugar, los psicofármacos no habían tenido los beneficios esperados hasta que las víctimas iniciaron el tratamiento psicológico (a pesar de que muchas de ellas los llevaban tomando durante años). De hecho, al igual que ocurría con los tratamientos que estas personas llevaron a cabo en el pasado, la mayoría de las veces la medicación que los pacientes estaban

tomando estaba compuesta fundamentalmente, por ansiolíticos y no por antidepresivos cuando estos últimos siguen siendo la primera línea de intervención farmacológica para este tipo de pacientes.

En segundo lugar, no se encontraron, en general, diferencias estadísticamente significativas entre las víctimas que tomaban psicofármacos y las que no lo hacían ni a nivel diagnóstico, ni a nivel de sintomatología ni en cuanto a significación clínica. Más bien, podría decirse al contrario, que estas personas se encontraban peor en todos los casos y que a pesar de ello, mejoraron tanto como el resto.

No obstante, como no se pueden descartar del todo posibles efectos sinérgicos de la medicación y la psicoterapia, sería interesante realizar nuevos estudios que examinaran de forma específica las ventajas de aplicar la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma en combinación con psicofármacos o en solitario, máxime cuando, a pesar de los resultados positivos obtenidos, por ejemplo, en el estudio de Schneier et al., (2012) la investigación previa no ha encontrado hasta ahora pruebas sólidas de que añadir farmacoterapia a la psicoterapia sea significativamente más eficaz que utilizar la psicoterapia en solitario, ni para el TEPT ni para cualquier trastorno de ansiedad, excepto para la fobia social y el trastorno depresivo (Huhn et al., 2014)

Al hilo de esto mismo, sería muy recomendable que en estudios futuros se realizaran análisis sobre los trastornos específicos de ansiedad asociados al trauma, aunque para ello habrá que esperar a contar con una muestra más grande que garantice una potencia estadística mayor para cada uno de ellos. Lo mismo ocurriría con el análisis de las comorbilidades que, aunque ha mostrado resultados positivos específicos en este estudio, sobre todo, en cuanto a la triple comorbilidad (TEPT, trastornos depresivos y ansiosos), quizás por la falta de potencia estadística para analizar cada uno de estos pequeños subgrupos, no ha desmotrado resultados más contundentes.

Y por supuesto, sería deseable que en futuras investigaciones se analizaran los datos en función de algunos de los principales factores de riesgo para el desarrollo y cronificación de la sintomatología postraumática y ansioso-depresiva, que podrían estar mediando, además, el éxito o fracaso terapéutico. Por ejemplo, sería aconsejable estudiar el efecto del grado de exposición al trauma (gravedad, duración, proximidad a la situación traumática) o del tipo de atentado (por ejemplo, la diferente repercusión de atentados masivos como el 11M y otras clases) sobre la eficacia de los tratamientos. Incluso, sería recomendable que comenzasen a estudiarse con más frecuencia la eficacia de tratamientos para pacientes habitualmente excluidos de los estudios, como por ejemplo, las personas con dependencia de sustancias, con psicosis o ideación suicida, pues excluyéndolos, se excluye a un porcentaje muy importante de las personas que han sufrido un acontecimiento traumático en su vida. Además, sería fundamental que la investigación sobre la eficacia de los tratamientos a víctimas del terrorismo comenzase a trabajar más en serio con las poblaciones de países más desfavorecidos donde el terrorismo forma parte del día a día y no constituye un tema del pasado, sino una amenaza presente (Bryant et al., 2011).

Capítulo 9:

Conclusiones

Tras el análisis teórico y práctico de la eficacia de los tratamientos a las víctimas del terrorismo y de la terapia cognitivo conductual aplicada y analizada para esta tesis doctoral, se concluye lo siguiente:

1. La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma y aplicada en este estudio a víctimas (directas e indirectas) del terrorismo es eficaz para el tratamiento de la sintomatología postraumática y del trastorno por estrés postraumático (TEPT). En concreto, se muestra eficaz a la hora de reducir la sintomatología post traumática (medida mediante la PCL) y el porcentaje de diagnósticos de TEPT, que en el postratamiento es de 0%. Asimismo, muestra mejores resultados que los obtenidos por el grupo de control o lista de espera. Los análisis de todos los pacientes que completaron la terapia (incluidos los que pertenecían al grupo control) y los análisis de intención de tratar corroboran estos resultados.
2. Esta terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es igualmente eficaz para los trastornos depresivos y ansiosos concurrentes o no al TEPT. De la misma manera, se encuentran reducciones significativas en sintomatología depresiva (BDI-II) y ansiosa (BAI) y porcentajes significativamente menores de trastorno depresivo mayor (TDM) y otros trastornos ansiosos, así como mejores resultados para estos dos índices que en el grupo de control. Los análisis de todos los pacientes que completaron la terapia (incluidos los que pertenecían al grupo control) y los análisis de intención de tratar corroboran estos resultados, aunque, según el análisis de intención de tratar más conservador, las diferencias entre el grupo de control y el grupo experimental en sintomatología ansiosa dejan de ser significativas.
3. La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz para el tratamiento de sintomatología postraumática, ansioso-depresiva, TEPT, TDM y otros trastornos

de ansiedad hasta 6 meses después de finalizado el tratamiento, con diferencias significativas entre el pretratamiento y el seguimiento a todos los niveles. Los análisis de todos los pacientes que completaron la terapia (incluidos los que pertenecían al grupo control) y los análisis de intención de tratar corroboran estos resultados también a los 6 meses de seguimiento.

4. La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz también desde el punto de vista de la significación clínica, con porcentajes de pacientes que disminuyen en el postratamiento sus puntuaciones en la PCL, el BDI-II y el BAI más allá de la puntuación C (puntuación de mejora clínicamente significativa), muy elevados (78,3%, 91,7% y 91,7%), porcentajes de pacientes mejorados en el postratamiento en la PCL, el BDI-II y el BAI elevados (56,5%, 45,8% y 54,2%), tamaños del efecto pre/post también grandes (d PCL = 1,39; d BDI-II = 1,19; d BAI = 1,20) y grandes también entre grupos para la PCL y el BAI (d = 0,84; d = BAI = 0,88), aunque solo moderado para el BDI-II (d = 0,69). Los análisis de todos los pacientes que completaron la terapia (incluidos los que pertenecían al grupo control) corroboran estos resultados. Los análisis de intención de tratar también corroboraron estos resultados para los porcentajes de pacientes que rebasaron la puntuación C y los pacientes mejorados, aunque solamente se mostraron tamaños del efecto grandes cuando eran pre/post (en las tres medidas) y para el criterio menos conservador de intención de tratar. Además, a los 6 meses de seguimiento, la puntuación en la PCL muestra tamaños del efecto pre/seguimiento grandes.
5. La terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es eficaz y clínicamente significativa en el tratamiento de la sintomatología postraumática o ansioso-depresiva, del TEPT, la TDM o de otros trastornos de ansiedad, en víctimas del terrorismo cuyos atentados sucedieron hace una media de 20 años, es decir, ante

trastornos cronificados y cuando las tasas de remisión espontánea tienen menos poder explicativo en las variaciones de resultado de los pacientes.

6. No se aprecia un efecto aditivo positivo de la combinación de terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma y psicofarmacología en este estudio. Los pacientes que tomaban psicofármacos a la vez que recibían la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma mostraron resultados similares y, en todo caso, peores (en sintomatología ansiosa y en la muestra de intención de tratar), que las personas que solamente recibían la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. No obstante, es llamativo que en la mayoría de las ocasiones los psicofármacos consumidos eran y habían sido en el pasado, ansiolíticos o la combinación de éstos con antidepresivos, cuando la primera línea de elección psicofarmacológica son los antidepresivos (ISRS) y cuando el consumo de ansiolíticos para el trauma ha sido cuestionado a menudo.
7. El tratamiento no muestra efectos específicos sobre las comorbilidades, aunque parece reducir sistemáticamente la triple comorbilidad entre TEPT, ansiedad y depresión, y cuando se aumenta el tamaño de la muestra (análisis de todos los completos) mejora también la comorbilidad entre TEPT y depresión.
8. La tasa de abandono en este estudio del 28,6%, aunque comparable a la de otros estudios, es también ligeramente superior. Aunque no se ha realizado un análisis de componentes, esta tasa de abandonos y la de rechazos (41,6%) indican que las estrategias de captación y motivación de esta terapia cognitivo-conductual no son tan eficaces como se esperaría. Sería importante, por tanto, generar nuevas estrategias en este sentido, sobre todo, dirigidas a poblaciones específicas que tienden a rechazar y abandonar el tratamiento con mayor probabilidad, como son

las personas de edad más avanzada y los familiares de fallecidos en atentados terroristas.

9. Hasta que no se realice un análisis de eficacia de cada uno de los componentes de este tratamiento, no se puede concluir que el éxito del tratamiento se deba a la adición de técnicas específicas para el tratamiento de las comorbilidades (por ejemplo, técnicas para el manejo de la ansiedad o planificación de actividades agradables para el manejo de la depresión) o para el tratamiento del TEPT crónico (estrategias de regulación emocional y técnicas narrativas, por ejemplo).
10. Es necesaria la realización de un análisis de la fiabilidad de las evaluaciones y de la adherencia a los protocolos. Asimismo, sería aconsejable aumentar el tamaño muestral y reducir el desequilibrio entre los dos grupos de comparación (experimental y control).
11. Sería necesario hacer estudios sobre la efectividad de este tratamiento (es decir, su aplicación y generalización a contextos naturales), así como el estudio de otros tipos de comorbilidades (como por ejemplo, el abuso o dependencia de sustancias), el análisis por separado de diferentes trastornos de ansiedad, diferentes tipos de víctimas (directas e indirectas) o incluso, el análisis de eficacia en función de factores de riesgo conocidos, como por ejemplo, el grado de exposición al trauma.
12. Los resultados de esta tesis doctoral sustentan firmemente la idea de que la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma debe ser el tratamiento de elección para víctimas del terrorismo con TEPT, TDM u otros trastornos de ansiedad, incluso cuando éstos se presentan de manera comórbida y crónica, al menos, hasta que no se publiquen más estudios y con resultados más favorables sobre la eficacia de la terapia de exposición, otras terapias bien establecidas para el trauma en general (EMDR y en segundo término, entrenamiento en inoculación de estrés) u otras

terapias psicológicas o psicofarmacológicas que no solo nunca han sido puestas a prueba con víctimas de terrorismo, sino que carecen del adecuado apoyo empírico en cuanto a su eficacia para tratar el TEPT producido por otras situaciones traumáticas.

Referencias

Adams, R. E., Boscarino, J. A., y Galea, S. (2006). Alcohol use, mental health status and psychological well-being 2 years after the world trade center attacks in new york city. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32(2), 203-224.

Agaibi, C. E., y Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence y Abuse*, 6(3), 195-216.

Almedom, A. M., y Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD any more than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*, 12(2), 127-143.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/15325020600945962>

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (3rd ed.). Washington, DC: Author

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author

American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª edición-texto revisado). Barcelona: Masson

American Psychiatric Association (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Recuperado el 08 de octubre de 2015:

http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd.pdf

American Psychiatric Association (2009). *Guideline watch (march 2009): practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Recuperado el 08 de octubre de 2015:

http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisorderptsd-watch.pdf

American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) Washington, DC: Author

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5^a edición). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana

American Psychological Association. (2015). Division 12. Society of clinical psychology. Recuperado el 08 de octubre de 2015: <http://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/post-traumatic-stress-disorder/>

Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., y Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 69-73.

Andrews, B., Brewin, C. R., Philpott, R., y Stewart, L. (2007). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: A systematic review of the evidence. *The American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1319-1326.

Asukai, N., Saito, A., Tsuruta, N., Kishimoto, J., y Nishikawa, T. (2010). Efficacy of exposure therapy for japanese patients with posttraumatic stress disorder due to mixed traumatic events: A randomized controlled study. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 744-750. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20589>

Australian Centre for Posttraumatic Mental Health (2013). *Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Melbourne, Victoria: ACPMH.

Baker, D. G., Diamond, B. I., Gillette, G., Hamner, M., Katzelnick, D., Keller, T., . . . Tucker, P. (1995). A double-blind, randomized, placebo-controlled, multi-center study of brofaromine in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychopharmacology*, 122(4), 386-389.

Barkham, M., Stiles, W. B., Connell, J., Twigg, E., Leach, C., Lucock, M., . . . Angus, L. (2008). Effects of psychological therapies in randomized trials and practice-based studies. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(4), 397-415.
doi:<http://dx.doi.org/10.1348/014466508X311713>

Bartzokis, G., Lu, P. H., Turner, J., Mintz, J., y Saunders, C. S. (2005). Adjunctive risperidone in the treatment of chronic combat-related posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 57(5), 474-479.

Basoglu, M., Salcioglu, E., y Livanou, M. (2007). A randomized controlled study of single-session behavioural treatment of earthquake-related post-traumatic stress disorder using an earthquake simulator. *Psychological Medicine*, 37(2), 203-213.
doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291706009123>

Başıoğlu, M., Salcioğlu, E., Livanou, M., Kalender, D., y Acar, G. (2005). Single-session behavioral treatment of earthquake-related posttraumatic stress disorder: A randomized waiting list controlled trial. *Journal of Traumatic Stress*, 18(1), 1-11.

Bass, J. K., Annan, J., Murray, S. M., Kaysen, D. L., Griffiths, S., Cetinoglu, T., . . . Bolton, P. A. (2013). Controlled trial of psychotherapy for congolese survivors of sexual violence. *New England Journal of Medicine*, 368(23), 2182-2191.
doi:<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1211853>

Beck, A. T., y Beck, R. W. (1972). Screening depressed patients in family practice. A rapad technic. *Postgraduate Medicine*, 52, 81-85.

Beck, A. T., Emery, G., y Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York, NY, US: Basic Books, New York, NY.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Beck A. T., Rush AJ, Shaw BF, Emery G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Pres.

Beck, A. T., y Steer, R. A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (Adaptación española de Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.

Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., Ciervo, C. A., y Kabat, M. (1997). Use of the Beck Anxiety and Depression Inventories for primary care with medical outpatients. *Assessment*, 4, 211–219

Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II* (Adaptación española de Sanz, J., y Vázquez, C.). Madrid: Pearson Educación.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

Beck, J. G., Coffey, S. F., Foy, D. W., Keane, T. M., y Blanchard, E. B. (2009). Group cognitive behavior therapy for chronic posttraumatic stress disorder: An initial randomized pilot study. *Behavior Therapy*, 40(1), 82-92.

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2008.01.003>

Beckham, J. C., Lytle, B. L., Vrana, S. R., Hertzberg, M. A., Feldman, M. E., y Shipley, R. H. (1996). Smoking withdrawal symptoms in response to a trauma-related stressor among vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Addictive Behaviors*, 21(1), 93-101.

Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., y Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 190(2), 97-104.
doi:<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.106.021402>

Bisson, J. I., Jenkins, P. L., Alexander, J., y Bannister, C. (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 171, 78-81.

Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., y Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75-90.
doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.2490080106>

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Devineni, T., Veazey, C. H., Galovski, T. E., Mundy, E., . . . Buckley, T. C. (2003). A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), 79-96. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00131-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00131-0)

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Malta, L. S., Freidenberg, B. M., Canna, M. A., Kuhn, E., . . . Galovski, T. E. (2004). One- and two-year prospective follow-up of cognitive behavior therapy or supportive psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 42(7), 745-759. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00201-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00201-8)

Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Vollmer, A. J., Loos, W. R., Buckley, T. C., y Jaccard, J. (1995). Short-term follow-up of post-traumatic stress symptoms in motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 33(4), 369-377.

doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00067-T](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(94)00067-T)

Bollinger, A. R., Riggs, D. S., Blake, D. D., y Ruzek, J. I. (2000). Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 255-270.

Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., y Vlahov, D. (2006). Psychological resilience after disaster: New york city in the aftermath of the september 11th terrorist attack. *Psychological Science*, 17(3), 181-186.

Boudewyns, P. A., Stwertka, S. A., Hyer, L. A., Albrecht, J. W., y Sperr, E. V. (1993). Eye movement desensitization for PTSD of combat: A treatment outcome pilot study. *Behavior Therapist*, 16(2), 29-33.

Brackbill, R. M., Hadler, J. L., DiGrande, L., Ekenga, C. C., Farfel, M. R., Friedman, S., . . . Thorpe, L. E. (2009). Asthma and posttraumatic stress symptoms 5 to 6 years following exposure to the world trade center terrorist attack. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 302(5), 502-516.

doi:<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.1121>

Bradley, R. G., Greene, J., Russ, E. U., Dutra, L., y Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214-227. doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>

Brady, K., Pearlstein, T., Asnis, G. M., Baker, D., Rothbaum, B., Sikes, C. R., y Farfel, G. M. (2000). Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *JAMA*, 283(14), 1837-1844.

- Brady, K. T., Sonne, S., Anton, R. F., Randall, C. L., Back, S. E., y Simpson, K. (2005). Sertraline in the treatment of co-occurring alcohol dependence and posttraumatic stress disorder. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 29(3), 395-401.
- Bremner, J. D. (1999). Acute and chronic responses to psychological trauma: Where do we go from here? *American Journal of Psychiatry*, 156, 349–351
- Breslau, N., y Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation. *Biological Psychiatry*, 50(9), 699-704.
- Breslau, N., Lucia, V. C., y Davis, G. C. (2004). Partial PTSD versus full PTSD: An empirical examination of associated impairment. *Psychological Medicine*, 34(7), 1205-1214.
- Breslau, N., Reboussin, B. A., Anthony, J. C., y Storr, C. L. (2005). The structure of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62(12), 1343-1351.
doi:<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.12.1343>
- Brewin, C. R., Andrews, B., y Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: Investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 499-509.
- Brewin, C. R., Andrews, B., y Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., y Joseph, S. A. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670-686.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037//0033-295X.103.4.670>

Brewin, C. R., Fuchkan, N., Huntley, Z., Robertson, M., Thompson, M., Scragg, P., . . . Ehlers, A. (2010). Outreach and screening following the 2005 london bombings: Usage and outcomes. *Psychological Medicine*, 40(12), 2049-2057.

doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291710000206>

Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, U., y Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: Life after criterion A. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 366-373. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20443>

Brewin, C. R., Scragg, P., Robertson, M., Thompson, M., d'Ardenne, P., y Ehlers, A. (2008). Promoting mental health following the london bombings: A screen and treat approach. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 3-8. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20310>

Brom, D., Kleber, R. J., y Defares, P. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 607-612.

Bryant, R. A. (2001). Posttraumatic stress disorder and mild brain injury: Controversies, causes and consequences. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 23(6), 718-728.

Bryant, R. A., Ekassawin, S., Chakkraband, M. L. S., Suwanmitri, S., Duangchun, O., y Chantaluckwong, T. (2011). A randomized controlled effectiveness trial of cognitive behavior therapy for post-traumatic stress disorder in terrorist-affected people in thailand. *World Psychiatry*, 10(3), 205-209.

Bryant, R. A., y Harvey, A. G. (2002). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(2), 205-209.

- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Dang, S. T., Sackville, T., y Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 862-866. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.66.5.862>
- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Guthrie, R. M., y Moulds, M. L. (2000). A prospective study of psychophysiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 341-344.
- Bryant, R. A., Mastrodomenico, J., Felmingham, K. L., Hopwood, S., Kenny, L., Kandris, E., . . . Creamer, M. (2008). Treatment of acute stress disorder: A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 65(6), 659-667. doi:<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.65.6.659>
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T., Mastrodomenico, J. A., Nixon, R. D. V., . . . Creamer, M. C. (2008). A randomized controlled trial of exposure therapy and cognitive restructuring for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 695-703. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0012616>
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T., y Nixon, R. D. V. (2003). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 706-712. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.706>
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., y Nixon, R. V. D. (2003). Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A four-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 41(4), 489-494. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00179-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00179-1)

Bryant, R. A., O'Donnell, M. L., Creamer, M., McFarlane, A. C., Clark, C. R., y Silove, D. (2010). The psychiatric sequelae of traumatic injury. *The American Journal of Psychiatry*, 167(3), 312-320. doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09050617>

Bryant, R. A., Sackville, T., Dang, S. T., Moulds, M., y Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive behavior therapy and supporting counseling techniques. *The American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1780-1786.

Brymer, M. J., Layne, C. M., Jacobs, A. K., Pynoos, R. S., Ruzek, J. I., Steinberg, A. M., . . . Watson, P. J. (2006). *Psychological first aid: Field operations guide (2nd ed.)* National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD.

Butterfield, M. I., Becker, M. E., Connor, K. M., Sutherland, S., Churchill, L. E., y Davidson, J. R. (2001). Olanzapine in the treatment of post-traumatic stress disorder: A pilot study. *International Clinical Psychopharmacology*, 16(4), 197-203.

Cahill, S. P., Rothbaum, B. O., Resick, P. A., y Follette, V. M. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adults. *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies (2nd ed.)* (pp. 139-222). New York, NY, US: Guilford Press, New York, NY.

Carlier, I. V., y Gersons, B. P. (1995). Partial posttraumatic stress disorder (PTSD): The issue of psychological scars and the occurrence of PTSD symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(2), 107-109.

Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L., y Muraoka, M. Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 3-24.
doi:<http://dx.doi.org/10.1023/A:1024448814268>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2004) Mental health status of World Trade Center rescue and recovery workers and volunteers - New York City, July 2002-August 2004. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 53(35), 812-815.

Chapman, C., Mills, K., Slade, T., McFarlane, A. C., Bryant, R. A., Creamer, M., . . . Teesson, M. (2012). Remission from post-traumatic stress disorder in the general population. *Psychological Medicine*, 42(8), 1695-1703.

doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291711002856>

Chard, K. M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 965-971.

Chard, K. M., Ricksecker, E. G., Healy, E. T., Karlin, B. E., y Resick, P. A. (2012). Dissemination and experience with cognitive processing therapy. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 49(5), 667-678.

doi:<http://dx.doi.org/10.1682/JRRD.2011.10.0198>

CIE-10 (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor

Clarke, S. B., Rizvi, S. L., y Resick, P. A. (2008). Borderline personality characteristics and treatment outcome in cognitive-behavioral treatments for PTSD in female rape victims. *Behavior Therapy*, 39(1), 72-78.

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2007.05.002>

Classen, C., Butler, L. D., y Spiegel, D. (2001). *A Treatment manual of present-focused and trauma-focused group therapies for sexual abuse survivors at risk for HIV infection*. Stanford, CA: Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine.

Classen, C. C., Palesh, O. G., Cavanaugh, C. E., Koopman, C., Kaupp, J. W., Kraemer, H. C., . . . Spiegel, D. (2011). A comparison of trauma-focused and present-focused group therapy for survivors of childhood sexual abuse: A randomized controlled trial. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(1), 84-93.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0020096>

Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., y Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067-1074. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.5.1067>

Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., y Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36(2), 119-124.
doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80060-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80060-7)

Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Miranda, R., y Chemtob, C. M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 411-416.

Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., . . . Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 167(8), 915-924.
doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09081247>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a ed.). Hillsdale, NJ: LEA.

- Collins, J., y Hyer, L. (1986). Treatment expectancy among psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 562-569.
- Conejo-Galindo, J., Medina, O., Fraguas, D., Terán, S., Sainz-Cortón, E., y Arango, C. (2008). Psychopathological sequelae of the 11 march terrorist attacks in Madrid : An epidemiological study of victims treated in a hospital. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(1), 28-34.
- Conlon, L., Fahy, T. J., y Conroy, R. M. (1999). PTSD in ambulant RTA victims: A randomized controlled trial of debriefing. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(1), 37-44. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(98\)00068-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(98)00068-3)
- Connor, K. M., Sutherland, S. M., Tupler, L. A., Malik, M. L., y Davidson, J. R. T. (1999). Fluoxetine in post-traumatic stress disorder: Randomised, double-blind study. *British Journal of Psychiatry*, 175, 17-22.
- Cooper, N. A., y Clum, G. A. (1989). Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans: A controlled study. *Behavior Therapy*, 20(3), 381-391. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80057-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80057-7)
- Cottraux, J., Note, I., Yao, S., De Mey-Guillard, C., Bonasse, F., Djamoussian, D., . . . Chen, Y. (2008). Randomized controlled comparison of cognitive behavior therapy with rogerian supportive therapy in chronic post-traumatic stress disorder: A 2-year follow-up. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(2), 101-110. doi:<http://dx.doi.org/10.1159/000112887>
- Creamer, M., Burgess, P., y McFarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: Findings from the australian national survey of mental health and well-being. *Psychological Medicine*, 31(7), 1237-47.

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., y van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118-126. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>

Cukor, J., Wyka, K., Mello, B., Olden, M., Jayasinghe, N., Roberts, J., . . . Difede, J. (2011). The longitudinal course of PTSD among disaster workers deployed to the world trade center following the attacks of september 11th. *Journal of Traumatic Stress*, 24(5), 506-514. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20672>

Curran, P. S. (1988) Psychiatric aspects of terrorist violence: Northern Ireland 1969-1987. *British Journal of Psychiatry*, 153, 470-475.

Davidson, J., Baldwin, D., Stein, D. J., Kuper, E., Benattia, I., Ahmed, S., . . . Musgnung, J. (2006). Treatment of posttraumatic stress disorder with venlafaxine extended release: A 6-month randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 63(10), 1158-1165.

Davidson, J., Kudler, H., Smith, R., Mahorney, S. L., Lipper, S., Hammett, E., . . . Cavenar, J. O. (1990). Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. *Archives of General Psychiatry*, 47(3), 259-266. doi:<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810150059010>

Davidson, J., Rothbaum, B. O., Tucker, P., Asnis, G., Benattia, I., y Musgnung, J. J. (2006). Venlafaxine extended release in posttraumatic stress disorder: A sertraline- and placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 26(3), 259-267.

Davidson, J. R., Rothbaum, B. O., van der Kolk, B. A., Sikes, C. R., y Farfel, G. M. (2001). Multicenter, double-blind comparison of sertraline and placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 58(5), 485-492.

Davidson, J. R. T. (2004). Remission in post-traumatic stress disorder (PTSD): Effects of sertraline as assessed by the davidson trauma scale, clinical global impressions and the clinician-administered PTSD scale. *International Clinical Psychopharmacology*, 19(2), 85-87.

Davidson, J. R. T., Connor, K. M., Hertzberg, M. A., Weisler, R. H., Wilson, W. H., y Payne, V. M. (2005). Maintenance therapy with fluoxetine in posttraumatic stress disorder: A placebo-controlled discontinuation study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25(2), 166-169.
doi:<http://dx.doi.org/10.1097/01.jcp.0000155817.21467.6c>

Davidson, J. R. T., Pearlstein, T., Lendborg, P. D., Brady, K. T., Rothbaum, B. O., Bell, J., . . . Farfel, G. M. (2001). Efficacy of sertraline in preventing relapse of posttraumatic stress disorder: Results of a 28-week double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 1974-1981.
doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.12.1974>

Davidson, P. R., y Parker, K. C. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 305-316. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.305>

Department of Veterans Affairs Department of Defense (2010). *Clinical practice guideline for management of post-traumatic stress*. Recuperado el 08 de octubre de 2015: http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/cpg_PTSD-FULL-201011612.pdf

Departamento de Defensa (2010). *Dod dictionary of Military and Associated Terms*. Whashington D.C.: Department of Defense.

Derogatis, L. R., y Lazarus, L. (1994). SCL-90—R, brief symptom inventory, and matching clinical rating scales. *The use of psychological testing for treatment planning and*

outcome assessment (pp. 217-248). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc, Hillsdale, NJ.

Derogatis, L. R. y Spencer B. S. (1982). The Brief Symptom Inventory (B.S.I.). *Administration, scoring and procedures. Manual I*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.

Deville, G. J., y Spence, S. H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(1-2), 131-157.
doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(98\)00044-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(98)00044-9)

Dickstein, B. D., Walter, K. H., Schumm, J. A., y Chard, K. M. (2013). Comparing response to cognitive processing therapy in military veterans with subthreshold and threshold posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 26(6), 703-709.
doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.21869>

Difede, J., Cukor, J., Jayasinghe, N., Patt, I., Jedel, S., Spielman, L., . . . Hoffman, H. G. (2007). Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following september 11, 2001. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(11), 1639-1647.
doi:<http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v68n1102>

Difede, J., Malta, L. S., Best, S., Henn-Haase, C., Metzler, T., Bryant, R., y Marmar, C. (2007). A randomized controlled clinical treatment trial for world trade center attack-related PTSD in disaster workers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(10), 861-865. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181568612>

DiMaggio, C., y Galea, S. (2006). The behavioral consequences of terrorism: A meta-analysis. *Academic Emergency Medicine*, 13(5), 559-566.
doi:<http://dx.doi.org/10.1197/j.aem.2005.11.083>

DiMaggio, C., Galea, S., y Li, G. (2009). Substance use and misuse in the aftermath of terrorism. A bayesian meta-analysis. *Addiction*, 104(6), 894-904.

doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02526.x>

Duffy, M., Gillespie, K., y Clark, D. M. (2007). Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in northern ireland: Randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal*, 334(7604), 1147.

doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39021.846852.BE>

Dybdahl, R. (2001). Children and mothers in war: An outcome study of a psychosocial intervention program. *Child Development*, 72(4), 1214-1230.

Echeburúa, E., De Corral, P., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1996). Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: An experimental study. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(3), 185-199. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0887-6185\(96\)89842-2](http://dx.doi.org/10.1016/0887-6185(96)89842-2)

Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D. M., Creamer, M., Pilling, S., Richards, D., . . . Yule, W. (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology Review*, 30(2), 269-276.

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.001>

Ehlers, A., y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)

Ehlers, A., Clark, D. M., Dunmore, E., Jaycox, L., Meadows, E., y Foa, E. B. (1998). Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 457-471.

doi:<http://dx.doi.org/10.1023/A:1024448511504>

- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., y Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43(4), 413-431.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2004.03.006>
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., y Mayou, R. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(10), 1024-1032.
doi:<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.60.10.1024>
- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., y Blumenthal, R. (1993). Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: A new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, 29(2), 321-326.
- Ertl, V., Pfeiffer, A., Schauer, E., Elbert, T., y Neuner, F. (2011). Community-implemented trauma therapy for former child soldiers in northern uganda: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 306(5), 503-512.
doi:<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2011.1060>
- Estupiñá Puig, F. J., y Labrador Encinas, F. J. (2012). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for major depressive disorder in a university psychology clinic. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1388-1399.
doi:http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n3.39423
- Europol (2007). European union terrorism situation and trend report 2007 (TE-SAT, 2007). Recuperado el 08 de octubre de 2015:
<https://www.europol.europa.eu/content/publication/te-sat-2007-eu-terrorism-situation-trend-report-1467>

Europol (2008). European union terrorism situation and trend report 2008 (TE-SAT, 2008). Recuperado el 08 de octubre de 2015:

<https://www.europol.europa.eu/content/publication/te-sat-2008-eu-terrorism-situation-trend-report-1469>

Europol (2009). European union terrorism situation and trend report 2009 (TE-SAT, 2009). Recuperado el 08 de octubre de 2015:

<https://www.europol.europa.eu/content/publication/te-sat-2009-eu-terrorism-situation-trend-report-1471>

Europol (2010). European union terrorism situation and trend report 2010 (TE-SAT, 2010). Recuperado el 08 de octubre de 2015:

<https://www.europol.europa.eu/content/publication/te-sat-2010-eu-terrorism-situation-trend-report-1473>

Europol (2011). European union terrorism situation and trend report 2011 (TE-SAT, 2011). Recuperado el 08 de octubre de 2015:

<https://www.europol.europa.eu/content/publication/te-sat-2011-eu-terrorism-situation-and-trend-report-1475>

Europol (2012). European union terrorism situation and trend report 2012 (TE-SAT, 2012). Recuperado el 08 de octubre de 2015:

<https://www.europol.europa.eu/content/publication/te-sat-2012-eu-terrorism-situation-and-trend-report-1569>

Europol (2013). European union terrorism situation and trend report 2013 (TE-SAT, 2013). Recuperado el 08 de octubre de 2015: <https://www.europol.europa.eu/content/te-sat-2013-eu-terrorism-situation-and-trend-report>

Europol (2014). European union terrorism situation and trend report 2014 (TE-SAT, 2014). Recuperado el 08 de octubre de 2015: <https://www.europol.europa.eu/content/te-sat-2014-european-union-terrorism-situation-and-trend-report-2014>

Europol (2015). European union terrorism situation and trend report 2015 (TE-SAT, 2015). Recuperado el 08 de octubre de 2015: <https://www.europol.europa.eu/content/european-union-terrorism-situation-and-trend-report-2015>

Fani, N., Ashraf, A., Afzal, N., Jawed, F., Kitayama, N., Reed, L., y Bremner, J. D. (2011). Increased neural response to trauma scripts in posttraumatic stress disorder following paroxetine treatment: A pilot study. *Neuroscience Letters*, 491(3), 196-201. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.neulet.2011.01.037>

Fani, N., Kitayama, N., Ashraf, A., Reed, L., Afzal, N., Jawed, F., y Bremner, J. D. (2009). Neuropsychological functioning in patients with posttraumatic stress disorder following short-term paroxetine treatment. *Psychopharmacology Bulletin*, 42(1), 53-68.

Favaro, A., Tenconi, E., Colombo, G., y Santonastaso, P. (2006). Full and partial post-traumatic stress disorder among world war II prisoners of war. *Psychopathology*, 39(4), 187-191.

Fear, N. T., Iversen, A. C., Chatterjee, A., Jones, M., Greenberg, N., Hull, L., . . . Wessely, S. (2008). Risky driving among regular armed forces personnel from the united kingdom. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(3), 230-236. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2008.05.027>

Fecteau, G., y Nicki, R. (1999). Cognitive behavioural treatment of post traumatic stress disorder after motor vehicle accident. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27(3), 201-214.

Feeny, N. C., Zoellner, L. A., y Foa, E. B. (2002). Treatment outcome for chronic PTSD among female assault victims with borderline personality characteristics: A preliminary examination. *Journal of Personality Disorders*, 16(1), 30-40.
doi:<http://dx.doi.org/10.1521/pedi.16.1.30.22555>

Feske, U. (2008). Treating low-income and minority women with posttraumatic stress disorder: A pilot study comparing prolonged exposure and treatment as usual conducted by community therapists. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(8), 1027-1040.
doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0886260507313967>

First, M. B., Gibbon M., Spitzer R. L., Williams, J. B. W., Benjamin L. S (1997).: *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1999). Guía del Usuario para la *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. Versión clínica. SCID-I*. Barcelona: Masson.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon M., y Williams, J. B. W. (2002): *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P)* New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.

Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy: Past, present, and future. *Depression and Anxiety*, 28(12), 1043-1047. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/da.20907>

Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., y Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The posttraumatic diagnostic scale.

Psychological Assessment, 9(4), 445-451. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.445>

Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., y Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 194-200.

doi:<http://dx.doi.org/10.1037//0022-006X.67.2.194>

Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S., Feeny, N. C., y Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 953-964.

doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.953>

Foa, E. B., Hembree, E. A., y Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide*. New York, NY, US: Oxford University Press, New York, NY.

Foa, E. B., McLean, C. P., Capaldi, S., y Rosenfield, D. (2013). Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: A randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 210(24), 2650-2657.

doi:<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.282829>

Foa, E. B., y Meadows, E. A. (1997). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.

Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., y Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 459-473. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.2490060405>

Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D., y Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26(3), 487-499. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80096-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80096-6)

Foa, E. B., y Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York, NY, US: Guilford Press, New York, NY.

Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., y Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 715-723. doi:<http://dx.doi.org/10.1037//0022-006X.59.5.715>

Foa, E. B., Steketee, G. S., y Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20(2), 155-176. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80067-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80067-X)

Foa, E. B., Yusko, D. A., McLean, C. P., Suvak, M. K., Bux, D. A., Oslin, D. W., . . . Volpicelli, J. R. (2013). Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and PTSD: A randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 310(5), 488-495. doi:<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.8268>

Foa, E. B., Zoellner, L. A., y Feeny, N. C. (2006). An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 29-43. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20096>

Follette, V. M., y Ruzek, J. I. (2006). *Cognitive-behavioral therapies for trauma*. New York: Guilford Press

Fontana, A., Rosenheck, R., y Desai, R. (2012). Comparison of treatment outcomes for veterans with posttraumatic stress disorder with and without comorbid substance use/dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 46(8), 1008-1014.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.05.004>

Forbes, D., Bennett, N., Biddle, D., Crompton, D., McHugh, T., Elliott, P., y Creamer, M. (2005). Clinical presentations and treatment outcomes of peacekeeper veterans with PTSD: Preliminary findings. *The American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2188-2190. doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2188>

Forbes, D., Creamer, M., Allen, N., Elliott, P., McHugh, T., Debenham, P., y Hopwood, M. (2002). The MMPI-2 as a predictor of symptom change following treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Personality Assessment*, 79(2), 321-336.
doi:http://dx.doi.org/10.1207/S15327752JPA7902_13

Forbes, D., Creamer, M., Hawthorne, G., Allen, N., y McHugh, T. (2003). Comorbidity as a predictor of symptom change after treatment in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(2), 93-99.
doi:<http://dx.doi.org/10.1097/00005053-200302000-00005>

Forbes, D., Elhai, J. D., Miller, M. W., y Creamer, M. C. (2010). Internalizing and externalizing classes in posttraumatic stress disorder: A latent class analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 23(3), 340-349. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20526>

Forbes, D., Lloyd, D., Nixon, R. D. V., Elliott, P., Varker, T., Perry, D., . . . Creamer, M. C. (2012). A multisite randomized controlled effectiveness trial of cognitive processing

therapy for military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 442-452. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.006>

Forbes, D., Parslow, R. A., Creamer, M. C., Allen, N. B., McHugh, A. F., y Hopwood, M. J. (2008). Mechanisms of anger and treatment outcome in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 142-149. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20315>

Forbes, D., Phelps, A., y McHugh, T. (2001). Treatment of combat-related nightmares using imagery rehearsal: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(2), 433-442.

Forbes, D., Phelps, A. J., McHugh, A. F., Debenham, P., Hopwood, M., y Creamer, M. (2003). Imagery rehearsal in the treatment of posttraumatic nightmares in Australian veterans with chronic combat-related PTSD: 12-month follow-up data. *Journal of Traumatic Stress*, 16(5), 509-513.

Ford, J. D., y Courtois, C. A. (2009). Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. En C. A. Courtois, y J. D. (.) Ford (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (pp. 13-30.) Guilford Press.

Fraguas, D., Terán, S., Conejo-Galindo, J., Medina, O., Sainz Cortón, E., Ferrando, L., . . . Arango, C. (2006). Posttraumatic stress disorder in victims of the March 11 attacks in Madrid admitted to a hospital emergency room: 6-month follow-up. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 21(3), 143-151.

Friedman, M. J., Marmar, C. R., Baker, D. G., Sikes, C. R., y Farfel, G. M. (2007). Randomized, double-blind comparison of sertraline and placebo for posttraumatic stress

disorder in a department of veterans affairs setting. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(5), 711-720.

Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., y Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 750-769.

doi:<http://dx.doi.org/10.1002/da.20767>

Frommberger, U., Stieglitz, R., Nyberg, E., Richter, H., Novelli-Fischer, U., Angenendt, J., . . . Berger, M. (2004). Comparison between paroxetine and behaviour therapy in patients with posttraumatic stress disorder (PTSD): A pilot study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8(1), 19-23.

doi:<http://dx.doi.org/10.1080/13651500310004803>

Fundación Víctimas del Terrorismo (2014). *Víctimas del terrorismo. Asesinados por ETA, GRAPO y otros grupos y atentados del 11 de marzo*. Recuperado el 21 de julio de 2014: <http://www.fundacionvt.org>

Gabriel, R., Ferrando, L., Cortón, E. S., Mingote, C., García-Camba, E., Liria, A. F., y Galea, S. (2007). Psychopathological consequences after a terrorist attack: An epidemiological study among victims, the general population, and police officers. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 22(6), 339-346.

Gaher, R. M., Simons, J. S., Jacobs, G. A., Meyer, D., y Johnson-Jimenez, E. (2006). Coping motives and trait negative affect: Testing mediation and moderation models of alcohol problems among american red cross disaster workers who responded to the september 11,2001 terrorist attacks. *Addictive Behaviors*, 31(8), 1319-1330.

Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J., y Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the september 11 terrorist attacks in new york city. *The New England Journal of Medicine*, 346(13), 982-7.

Galovski, T. E., Blain, L. M., Mott, J. M., Elwood, L. S., y Houle, T. (2012). Manualized therapy for PTSD: Flexing the structure of cognitive processing therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 968-981.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0030600>

García-Vera, M. P., y Colino, L. R. (2004). Tratamiento psicológico de los trastornos por estrés derivados de los atentados del 11-M: De la psicología clínica basada en la evidencia a la práctica profesional. *Clínica Y Salud*, 15(3), 355-385.

García-Vera, M. P., Moreno, N., Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., Zapardiel, A., y Marotta, S. (2015). Eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para las víctimas adultas de atentados terroristas: una revisión sistemática. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 23, 215-244.

García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2010). Trastornos depresivos y de ansiedad tras atentados terroristas. Una revisión de la literatura empírica. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 10, 129-148.

García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2015). Psychopathological consequences of terrorism: the prevalence of posttraumatic stress disorder in victims of terrorist attacks. En J. A. del Real Alcalá (Ed.), *Fundamental rights and vulnerable groups*. Sharjah, UAE: Bentham Science Publishers.

García-Vera, M. P., y Sanz, J. (en prensa). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.

Gelpin, E., Bonne, O., Peri, T., Brandes, D., y Shalev, A. Y. (1996). Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: A prospective study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 57(9), 390-394.

Gibbons, C. J., Fournier, J. C., Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P., y Beck, A. T. (2010). The clinical effectiveness of cognitive therapy for depression in an outpatient clinic. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 169-176.

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.12.030>

Gil, S., y Caspi, Y. (2006). Personality traits, coping style, and perceived threat as predictors of posttraumatic stress disorder after exposure to a terrorist attack: A prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 68(6), 904-909.

Gilbert, D. G., Robinson, J. H., Chamberlin, C. L., y Spielberger, C. D. (1989). Effects of smoking/nicotine on anxiety, heart rate, and lateralization of EEG during a stressful movie. *Psychophysiology*, 26(3), 311-320.

Gillespie, K., Duffy, M., Hackmann, A., y Clark, D. M. (2002). Community-based cognitive therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder following the omagh bomb. *Behaviour Research and Therapy*, 40(4), 345-357.

doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00004-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00004-9)

Gillock, K. L., Zayfert, C., Hegel, M. T., y Ferguson, R. J. (2005). Posttraumatic stress disorder in primary care: Prevalence and relationships with physical symptoms and medical utilization. *General Hospital Psychiatry*, 27(6), 392-399.

Ginzburg, K., Ein-Dor, T., y Solomon, Z. (2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders*, 123(1-3), 249-257.

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.08.006>

Gómez-Beneyto, M., Salazar-Fraile, J., Martí-Sanjuan, V., y Gonzalez-Luján, L. (2006). Posttraumatic stress disorder in primary care with special reference to personality disorder comorbidity. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 56(526), 349-354.

Green, B. L., Krupnick, J. L., Stockton, P., Goodman, L., y et al. (2005). Effects of adolescent trauma exposure on risky behavior in college women. *Psychiatry*, 68(4), 363-78.

Grey, N., Holmes, E., y Brewin, C. R. (2001). Peritraumatic emotional "hot spots" in memory. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 367-372.
doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S1352465801003095>

Grieger, T. A., Cozza, S. J., Ursano, R. J., Hoge, C., Martinez, P. E., Engel, C. C., y Wain, H. J. (2006). Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *The American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1777-83; quiz 1860.

Griffin, M. G., Resick, P. A., y Mechanic, M. B. (1997). Objective assessment of peritraumatic dissociation: Psychophysiological indicators. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1081-1088.

Gros, D. F., Price, M., Strachan, M., Yuen, E. K., Milanak, M. E., y Acierno, R. (2012). Behavioral activation and therapeutic exposure: An investigation of relative symptom changes in PTSD and depression during the course of integrated behavioral activation, situational exposure, and imaginal exposure techniques. *Behavior Modification*, 36(4), 580-599. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0145445512448097>

Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. *Handbook of personality: Theory and research (2nd ed.)* (pp. 525-552). New York, NY, US: Guilford Press, New York, NY.

Guthrie, R. M., y Bryant, R. A. (2006). Extinction learning before trauma and subsequent posttraumatic stress. *Psychosomatic Medicine*, 68(2), 307-311.

Guy, W. (1976): *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology—Revised* (DHEW publ no ADM 76-338). Rockville, Md, US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, NIMH Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs, 218–222.

Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *The British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6(4), 278-296.

Hamner, M. B., Faldowski, R. A., Ulmer, H. G., Frueh, B. C., Huber, M. G., y Arana, G. W. (2003). Adjunctive risperidone treatment in post-traumatic stress disorder: A preliminary controlled trial of effects on comorbid psychotic symptoms. *International Clinical Psychopharmacology*, 18(1), 1-8.

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., . . . Grupo ESEMeD-España. (2006). [Prevalence of mental disorders and associated factors: Results from the ESEMeD-spain study]. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY, US: Guilford Press, New York, NY.

Hembree, E. A., Cahill, S. P., y Foa, E. B. (2003). Response to "comment on hembree and foa (2003)". *Journal of Traumatic Stress*, 16(6), 575-577.
doi:<http://dx.doi.org/10.1023/B:JOTS.00000004082.30375.67>

Hembree, E. A., y Foa, E. B. (2003). Interventions for trauma-related emotional disturbances in adult victims of crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 187-199.

doi:<http://dx.doi.org/10.1023/A:1022803408114>

Hembree, E. A., Foa, E. B., Dorfan, N. M., Street, G. P., Kowalski, J., y Tu, X. M. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress*, 16(6), 555-562.

doi:<http://dx.doi.org/10.1023/B:JOTS.00000004078.93012.7d>

Henning, K. R., y Frueh, B. C. (1997). Combat guilt and its relationship to PTSD symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 53(8), 801-808.

doi:[http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199712\)53:83.0.CO;2-I](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199712)53:83.0.CO;2-I)

Herbert, J. D., Lilienfeld, S. O., Lohr, J. M., Montgomery, R. W., O'Donohue, W. T., Rosen, G. M., y Tolin, D. F. (2000). Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 20(8), 945-971. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00017-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00017-3)

Herman, J. L. (1995). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. En G. S. Everly, y J. M. (.). Lating (Eds.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (pp. 87-100.) Plenum Press.

Hertzberg, M. A., Feldman, M. E., Beckham, J. C., Kudler, H. S., y Davidson, J. R. T. (2000). Lack of efficacy for fluoxetine in PTSD: A placebo controlled trial in combat veterans. *Annals of Clinical Psychiatry*, 12(2), 101-105.

doi:<http://dx.doi.org/10.1023/A:1009076231175>

Hien, D. A., Cohen, L. R., Miele, G. M., Litt, L. C., y Capstick, C. (2004). Promising treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1426-1432.

Hien, D. A., Jiang, H., Campbell, A. N. C., Hu, M., Miele, G. M., Cohen, L. R., . . . Nunes, E. V. (2010). Do treatment improvements in PTSD severity affect substance use outcomes? A secondary analysis from a randomized clinical trial in NIDA's clinical trials network. *The American Journal of Psychiatry*, 167(1), 95-101.
doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09091261>

Hinton, D. E., Chhean, D., Pich, V., Safren, S. A., Hofmann, S. G., y Pollack, M. H. (2005). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for cambodian refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: A cross-over design. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 617-629. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20070>

Hinton, D. E., Hofmann, S. G., Rivera, E., Otto, M. W., y Pollack, M. H. (2011). Culturally adapted CBT (CA-CBT) for latino women with treatment-resistant PTSD: A pilot study comparing CA-CBT to applied muscle relaxation. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 275-280. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.005>

Hobbs, M., Mayou, R. A., Harrison, B., y Worlock, P. (1996). A randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *British Medical Journal*, 313(7070), 1438-1439.

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., . . . Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283-315; discussion 316-69.
doi:<http://dx.doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>

Högberg, G., Pagani, M., Sundin, Ö, Soares, J. J. F., Åberg-Wistedt, A., Tärnell, B., y Hällström, T. (2007). On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers -- a randomized

controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(1), 54-61.

doi:<http://dx.doi.org/10.1080/08039480601129408>

Hoge, E. A., Austin, E. D., y Pollack, M. H. (2007). Resilience: Research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24(2), 139-152.

Holmes, E. A., Grey, N., y Young, K. A. D. (2005). Intrusive images and "hotspots" of trauma memories in posttraumatic stress disorder: An exploratory investigation of emotions and cognitive themes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(1), 3-17.

Horowitz, M. J. (1986). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital y Community Psychiatry*, 37(3), 241-249.

Huhn, M., Tardy, M., Spineli, L. M., Kissling, W., Förstl, H., Pitschel-Walz, G., . . . Leucht, S. (2014). Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: A systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry*, 71(6), 706-715.
doi:<http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.112>

Imel, Z. E., Laska, K., Jakupcak, M., y Simpson, T. L. (2013). Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 394-404. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0031474>

Institute of Medicine Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (2007). *Treatment of posttraumatic stress disorder: an assessment of the evidence*. Washington, DC: National Academies Press.

Ironson, G., Freud, B., Strauss, J. L., y Williams, J. (2002). Comparison for two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged

exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 113-128.

doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jclp.1132>

Jacobson, N. S., y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.

Jakupcak, M., Conybeare, D., Phelps, L., Hunt, S., Holmes, H. A., Felker, B., . . . McFall, M. E. (2007). Anger, hostility, and aggression among iraq and afghanistan war veterans reporting PTSD and subthreshold PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 945-954.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York, NY, US: Free Press, New York, NY.

Jensen, J. A. (1994). An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMD/R) as a treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 25(2), 311-325.

doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80290-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80290-4)

Johnson, D. R., y Lubin, H. (2006). The counting method: Applying the rule of parsimony to the treatment of posttraumatic stress disorder. *Traumatology*, 12(1), 83-99.

doi:<http://dx.doi.org/10.1528/trau.2006.12.1.83>

Johnson, D. M., Zlotnick, C., y Perez, S. (2011). Cognitive behavioral treatment of PTSD in residents of battered women's shelters: Results of a randomized clinical trial.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79(4), 542-551.

doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0023822>

Karam, E. G., Andrews, G., Bromet, E., Petukhova, M., Ruscio, A. M., Salamoun, M., . . . Kessler, R. C. (2010). The role of criterion A2 in the DSM-IV diagnosis of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 68(5), 465-473.

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.04.032>

Karatzias, A., Power, K. G., Brown, K. W., McGoldrick, T., Begum, M., Young, J., . . . Adams, S. (2011). A controlled comparison of the effectiveness and efficiency of two psychological therapies for posttraumatic stress disorder: Eye movement desensitization and reprocessing vs. emotional freedom techniques. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(6), 372-378. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e31821cd262>

Katz, R. J., Lott, M. H., Arbus, P., Crocq, L., Herlobsen, P., Lingjaerde, O., . . . McIvor, R. (1994). Pharmacotherapy of post-traumatic stress disorder with a novel psychotropic. *Anxiety*, 1(4), 169-174.

Kaysen, D. L., Schumm, J. A., Pedersen, E. R., Seim, R. W., Bedard-Gilligan, M. A., y Chard, K. M. (2014). Cognitive processing therapy for veterans with comorbid PTSD and alcohol disorders. *Addictive Behaviors*, 39(2), 420-427.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.08.016>

Kazdin, A. E. (1992). Research design in clinical psychology (2^a ed.). Needham Heights, MA: Allyn y Bacon.

Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., y Zimering, R. T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20(2), 245-260. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80072-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80072-3)

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., y Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General*

Psychiatry, 52(12), 1048-1060.

doi:<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>

Kirmayer, L. J. (1996). Confusion of the senses: Implications of ethnocultural variations in somatoform and dissociative disorders for PTSD. En A. J. Marsella, M. J. Friedman, E. T. Gerrity y R. M. (.). Scurfield (Eds.), *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical applications* (pp. 131-163.) American Psychological Association. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/10555-005>

Knaevelsrud, C., y Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: A randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 7, 13.

Koenen, K. C., Amstadter, A. B., y Nugent, N. R. (2009). Gene-environment interaction in posttraumatic stress disorder: An update. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 416-426. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20435>

Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York, NY, US: Plenum Press, New York, NY.

Kosten, T. R., Frank, J. B., Dan, E., McDougale, C. J., y Giller, E. L. (1991). Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder using phenelzine or imipramine. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(6), 366-370. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199106000-00011>

Krakov, B., Hollifield, M., Johnston, L., Koss, M. P., Schrader, R., Warner, T. D., . . . Prince, H. (2001). Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the*

American Medical Association, 286(5), 537-545.

doi:<http://dx.doi.org/10.1001/jama.286.5.537>

Krakow, B., Hollifield, M., Schrader, R., Koss, M., Tandberg, D., Lauriello, J., . . . Kellner, R. (2000). A controlled study of imagery rehearsal for chronic nightmares in sexual assault survivors with PTSD: A preliminary report. *Journal of Traumatic Stress*, 13(4), 589-609.

Krystal, J. H., Rosenheck, R. A., Cramer, J. A., Vessicchio, J. C., Jones, K. M., Vertrees, J. E., . . . Veterans Affairs Cooperative Study No. 504 Group. (2011). Adjunctive risperidone treatment for antidepressant-resistant symptoms of chronic military service-related PTSD: A randomized trial. *JAMA*, 306(5), 493-502.

doi:<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2011.1080>

Kubany, E. S., Abueg, F. R., Owens, J. A., Brennan, J. M., Kaplan, A. S., y Watson, S. B. (1995). Initial examination of a multidimensional model of trauma-related guilt: Applications to combat veterans and battered women. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17(4), 353-376.

Kubany, E. S., Hill, E. E., y Owens, J. A. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress*, 16(1), 81-91. doi:<http://dx.doi.org/10.1023/A:1022019629803>

Kubany, E. S., Hill, E. E., Owens, J. A., Iannce-Spencer, C., McCaig, M. A., Tremayne, K. J., y Williams, P. L. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 3-18. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.3>

Labrador, F. J., Echeburúa, E., y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.

Laffaye, C., Rosen, C. S., Schnurr, P. P., y Friedman, M. J. (2007). Does compensation status influence treatment participation and course of recovery from post-traumatic stress disorder? *Military Medicine*, 172(10), 1039-1045.

Lang, P. J. (1979). Presidential address, 1978. A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16(6), 495-512.

Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van de Ven, J., Schrieken, B., y Emmelkamp, P. M. G. (2003). Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 901-909.

Lanius, R. A., Bluhm, R., Lanius, U., y Pain, C. (2006). A review of neuroimaging studies in PTSD: Heterogeneity of response to symptom provocation. *Journal of Psychiatric Research*, 40(8), 709-729.

Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., y Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *The American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640-647. doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168>

Lapham, S. C., C'de Baca, J., McMillan, G. P., y Lapidus, J. (2006). Psychiatric disorders in a sample of repeat impaired-driving offenders. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(5), 707-713.

- Lasko, N. B., Gurvits, T. V., Kuhne, A. A., Orr, S. P., y Pitman, R. K. (1994). Aggression and its correlates in vietnam veterans with and without chronic posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 35(5), 373-381.
- Lee, C., Slade, P., y Lygo, V. (1996). The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage: A preliminary study. *British Journal of Medical Psychology*, 69(1), 47-58.
- Leskela, J., Dieperink, M. E., y Thuras, P. D. (2002). Shame and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 223-226.
doi:<http://dx.doi.org/10.1023/A:1015255311837>
- Levitt, J. T., Malta, L. S., Martin, A., Davis, L., y Cloitre, M. (2007). The flexible application of a manualized treatment for PTSD symptoms and functional impairment related to the 9/11 world trade center attack. *Behaviour Research and Therapy*, 45(7), 1419-1433. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.004>
- Ley 29/2011, de 22 de septiembre, de Reconocimiento y Protección Integral a las Víctimas del Terrorismo. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 23 de septiembre de 2011, n° 229, pp. 100566-100592.
- Liebschutz, J. M., Saitz, R., Brower, V., Keane, T. M., Lloyd-Travaglini, C., Averbuch, T., y Samet, J. H. (2007). PTSD in urban primary care: High prevalence and low physician recognition. *Journal of General Internal Medicine*, 22(6), 719-726.
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11606-007-0161-0>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY, US: Guilford Press, New York, NY.

Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., y Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *The American Journal of Psychiatry*, 151(12), 1771-1776.

Lipschitz, D. S., Rasmusson, A. M., Anyan, W., Cromwell, P., y Southwick, S. M. (2000). Clinical and functional correlates of posttraumatic stress disorder in urban adolescent girls at a primary care clinic. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(9), 1104-1111.

Litz, B. T., y Gray, M. J. (2002). Emotional numbing in posttraumatic stress disorder: Current and future research directions. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(2), 198-204.

Loftus, E. F., y Davis, D. (2006). Recovered memories. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 469-498.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.

Macdonald, A., Monson, C. M., Doron-Lamarca, S., Resick, P. A., y Palfai, T. P. (2011). Identifying patterns of symptom change during a randomized controlled trial of cognitive processing therapy for military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 24(3), 268-276. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20642>

Maia, D. B., Marmar, C. R., Metzler, T., Nóbrega, A., Berger, W., Mendlowicz, M. V., . . . Figueira, I. (2007). Post-traumatic stress symptoms in an elite unit of brazilian police officers: Prevalence and impact on psychosocial functioning and on physical and mental health. *Journal of Affective Disorders*, 97(1-3), 241-245.

Marcus, S. V., Marquis, P., y Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34(3), 307-315. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0087791>

Marks, I. M., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., y Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55(4), 317-325. doi:<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.55.4.317>

Marshall, R. D., Beebe, K. L., Oldham, M., y Zaninelli, R. (2001). Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: A fixed-dose, placebo-controlled study. *The American Journal of Psychiatry*, 158(12), 1982-1988.

Marshall, R. D., Bryant, R. A., Amsel, L., Suh, E. J., Cook, J. M., y Neria, Y. (2007). The psychology of ongoing threat: Relative risk appraisal, the september 11 attacks, and terrorism-related fears. *American Psychologist*, 62(4), 304-316. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.304>

Martényi, F., Brown, E. B., y Caldwell, C. D. (2007). Failed efficacy of fluoxetine in the treatment of posttraumatic stress disorder: Results of a fixed-dose, placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27(2), 166-170. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/JCP.0b013e31803308ce>

Martényi, F., Brown, E. B., Zhang, H., Koke, S. C., y Prakash, A. (2002). Fluoxetine v. placebo in prevention of relapse in post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181(4), 315-320. doi:<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.181.4.315>

Martenyi, F., Brown, E. B., Zhang, H., Prakash, A., y Koke, S. C. (2002). Fluoxetine versus placebo in posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(3), 199-206.

Martényi, F., y Soldatenkova, V. (2006). Fluoxetine in the acute treatment and relapse prevention of combat-related post-traumatic stress disorder: Analysis of the veteran group of a placebo-controlled, randomized clinical trial. *European Neuropsychopharmacology*, 16(5), 340-349.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.10.007>

Marx, B. P., Jackson, J. C., Schnurr, P. P., Murdoch, M., Sayer, N. A., Keane, T. M., . . . Speroff, T. (2012). The reality of malingered PTSD among veterans: Reply to McNally and frueh (2012). *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), 457-460.
doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.21714>

Maxfield, L., y Hyer, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 23-41. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jclp.1127>

McDonagh, A., Friedman, M. J., McHugo, G. J., Ford, J. D., Sengupta, A., Mueser, K. T., . . . Descamps, M. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 515-524.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.515>

McFarlane, A. C., y Papay, P. (1992). Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(8), 498-504.

McGlinchey, J. B., Atkins, D. C., y Jacobson, N. S. (2002). Clinical significance methods: which one to use and how useful are they? *Behavior Therapy*, 33, 529-550.

McLay, R. N., McBrien, C., Wiederhold, M. D., y Wiederhold, B. K. (2010). Exposure therapy with and without virtual reality to treat PTSD while in the combat

theater: A parallel case series. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 13(1), 37-42.

McLay, R. N., Wood, D. P., Webb-Murphy, J. A., Spira, J. L., Wiederhold, M. D., Pyne, J. M., y Wiederhold, B. K. (2011). A randomized, controlled trial of virtual reality-graded exposure therapy for post-traumatic stress disorder in active duty service members with combat-related post-traumatic stress disorder. *CyberPsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(4), 223-229. doi:<http://dx.doi.org/10.1089/cyber.2011.0003>

McLean, C. P., y Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder: A review of evidence and dissemination. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(8), 1151-1163. doi:<http://dx.doi.org/10.1586/ern.11.94>

McNally, R. J. (2003). *Remembering trauma* Belknap Press of Harvard University Press.

McNally, R. J., Bryant, R. A., y Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest : A Journal of the American Psychological Society*, 4(2), 45-79. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/1529-1006.01421>

McNally, R. J., y Frueh, B. C. (2012). Why we should worry about malingering in the VA system: Comment on Jackson et al. (2011). *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), 454-456. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.21713>

Mellman, T. A., Bustamante, V., David, D., y Fins, A. I. (2002). *Hypnotic medication in the aftermath of trauma*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 1183-1184.

Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Gonzalez-Ordi, H., Iruarrizaga, I., Rudenstine, S., Vlahov, D., y Galea, S. (2006). PTSD and depression after the madrid march 11 train bombings. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 69-80.

Miguel-Tobal, J. J., Cano Vindel, A., Iruarrizaga, I., González Ordi, H., y Galea, S. (2004) Repercusiones psicopatológicas de los atentados del 11-M en Madrid [Psychopathological consequences of Madrid 11-M terrorist attacks]. *Clínica y Salud*, 15, 293-304

Miller, M. W., Fogler, J. M., Wolf, E. J., Kaloupek, D. G., y Keane, T. M. (2008). The internalizing and externalizing structure of psychiatric comorbidity in combat veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 58-65. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20303>

Miller, M. W., y Resick, P. A. (2007). Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors: Implications for the understanding of complex PTSD. *Behavior Therapy*, 38(1), 58-71.

Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes...the critical incident stress debriefing process. *JEMS : A Journal of Emergency Medical Services*, 8(1), 36-39.

Monson, C. M., Macdonald, A., Vorstenbosch, V., Shnaider, P., Goldstein, E. S. R., Ferrier-Auerbach, A. G., y Mocchiola, K. E. (2012). Changes in social adjustment with cognitive processing therapy: Effects of treatment and association with PTSD symptom change. *Journal of Traumatic Stress*, 25(5), 519-526. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.21735>

Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y., y Stevens, S. P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 898-907. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.898>

Morina, N., Wicherts, J. M., Lobbrecht, J., y Priebe, S. (2014). Remission from post-traumatic stress disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of long term outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 249-255.

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.002>

Morland, L. A., Mackintosh, M., Greene, C. J., Rosen, C. S., Chard, K. M., Resick, P. A., y Frueh, B. C. (2014). Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder delivered to rural veterans via telemental health: A randomized noninferiority clinical trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(5), 470-476.

doi:<http://dx.doi.org/10.4088/JCP.13m08842>

Morrissey, J. P., Jackson, E. W., Ellis, A. R., Amaro, H., Brown, V. B., y Najavits, L. M. (2005). Twelve-month outcomes of trauma-informed interventions for women with co-occurring disorders. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 56(10), 1213-1222.

Mower, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Willey

Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Xie, H. Y., Jankowski, M. K., Bolton, E. E., Lu, W., . . . Wolfe, R. S. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 259-271. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.259>

Murphy, R. T., Rosen, C. S., Cameron, R. P., y Thompson, K. E. (2002). Development of a group treatment for enhancing motivation to change PTSD symptoms. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(4), 308-316. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80025-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80025-6)

Myers, K. M., y Davis, M. (2007). Mechanisms of fear extinction. *Molecular Psychiatry*, 12(2), 120-150. doi:<http://dx.doi.org/10.1038/sj.mp.4001939>

Nacasch, N., Foa, E. B., Huppert, J. D., Tzur, D., Fostick, L., Dinstein, Y., . . . Zohar, J. (2011). Prolonged exposure therapy for combat- and terror-related posttraumatic stress disorder: A randomized control comparison with treatment as usual. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(9), 1174-1180. doi:<http://dx.doi.org/10.4088/JCP.09m05682blu>

Najavits, LM (2009). *Seeking Safety: An implementation guide*. En A. Rubin y DW Springer (Eds). *The Clinician's Guide to Evidence-Based Practice*. Hoboken, NJ: John Wiley

Najavits, L. M., Gallop, R. J., y Weiss, R. D. (2006). Seeking safety therapy for adolescent girls with PTSD and substance use disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 33(4), 453-463. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11414-006-9034-2>

National Counterterrorism Center. (2006). *NCTC Report on incidents of terrorism 2005*. Recuperado el 08 de octubre de 2015: <http://fas.org/irp/threat/nctc2005.pdf>

National Counterterrorism Center. (2007). *NCTC Report on terrorist incidents - 2006*. Recuperado el 08 de octubre de 2015: http://www.fbi.gov/stats-services/publications/terror_06.pdf

National Counterterrorism Center (2008). *NCTC 2007 Report on terrorism*. Recuperado el 08 de octubre de 2015: http://www.fbi.gov/stats-services/publications/terror_07.pdf

National Counterterrorism Center (2009). *NCTC 2008 Report on terrorism*. Recuperado el 08 de octubre de 2015: http://www.fbi.gov/stats-services/publications/terror_08.pdf

National Counterterrorism Center (2010). *NCTC 2009 Report on terrorism*.

Recuperado el 08 de octubre de 2015:

<http://www.state.gov/documents/organization/141114.pdf>

National Counterterrorism Center (2011). *NCTC 2010 Report on terrorism*.

Recuperado el 08 de octubre de 2015:

http://www.dni.gov/files/documents/2010_report_on_terrorism.pdf

National Counterterrorism Center (2012a). *NCTC 2011 Report on terrorism*.

Recuperado el 08 de octubre de 2015: <http://fas.org/irp/threat/nctc2011.pdf>

National Counterterrorism Center (2012b). Annex of Statistical Information. En Bureau of Counterterrorism, *Country Reports on Terrorism 2011*. United States Department of State Publication. Recuperado el 08 de octubre de 2015:

<http://www.state.gov/documents/organization/195768.pdf>

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical guideline 26*. Recuperado el 08 de octubre de 2015:

<http://www.nice.org.uk/CG026NICEguideline>

National Institute of Mental Health (NIMH) (2002). *Mental health and mass violence: evidence-based early psychological intervention for victims/survivors of mass violence. A workshop to reach consensus on best practices*. NIH Publication No. 02-5138, Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Neria, Y., Nandi, A., y Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. *Psychological Medicine*, 38(4), 467-480.

Neria, Y., Olfson, M., Gameroff, M. J., DiGrande, L., Wickramaratne, P., Gross, R., . . . Weissman, M. M. (2010). Long-term course of probable PTSD after the 9/11 attacks: A study in urban primary care. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 474-482.

doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20544>

Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert, T., y Schauer, M. (2010). Can asylum-seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated?: A randomized controlled pilot study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(2), 81-91.

doi:<http://dx.doi.org/10.1080/16506070903121042>

Neuner, F., Onyut, P. L., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, E., y Elbert, T. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an african refugee settlement: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 686-694. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.4.686>

Nishith, P., Nixon, R. D. V., y Resick, P. A. (2005). Resolution of trauma-related guilt following treatment of PTSD in female rape victims: A result of cognitive processing therapy targeting comorbid depression? *Journal of Affective Disorders*, 86(2/3), 259-265. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2005.02.013>

Nixon, R. D. V., y Nearmy, D. M. (2011). Treatment of comorbid posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 24(4), 451-455. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20654>

Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., y et al. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. an empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65(3), 207-39.

North, C. S. (2001): The course of post-traumatic stress disorder after the Oklahoma City bombing. *Military Med*, 166(2), 51-52.

North, C. S., Tivis, L., McMillen, J.C., Pfefferbaum, B., Spitznagel, E. L., Cox, J., Nixon, S., Bunch, K. P., y Smith, E. M. (2002) Psychiatric disorders in rescue workers after the Oklahoma City bombing. *American Journal of Psychiatry*, 159, 857-859

Norton, P. J., y Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 521-531. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000253843.70149.9a>

Olatunji, B. O., Cisler, J. M., y Tolin, D. F. (2010). A meta-analysis of the influence of comorbidity on treatment outcome in the anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 642-654. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.008>

Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2005). La Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales en la Lucha contra el Terrorismo. Recuperado el 08 de octubre de 2015: ap.ohchr.org/documents/S/CHR/resolutions/E-CN_4-RES-2005-80.doc

Orth, U., Cahill, S. P., Foa, E. B., y Maercker, A. (2008). Anger and posttraumatic stress disorder symptoms in crime victims: A longitudinal analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 208-218. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.208>

O'Toole, B. I., Catts, S. V., Outram, S., Pierse, K. R., y Cockburn, J. (2009). The physical and mental health of australian vietnam veterans 3 decades after the war and its relation to military service, combat, and post-traumatic stress disorder. *American Journal of Epidemiology*, 170(3), 318-330. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwp146>

Otto, M. W., Hinton, D., Korbly, N. B., Chea, A., Ba, P., Gershuny, B. S., y Pollack, M. H. (2003). Treatment of pharmacotherapy-refractory posttraumatic stress disorder among cambodian refugees: A pilot study of combination treatment with cognitive-

behavior therapy vs sertraline alone. *Behaviour Research and Therapy*, 41(11), 1271-1276.
doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00032-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00032-9)

Owens, G. P., Chard, K. M., y Cox, T. A. (2008). The relationship between maladaptive cognitions, anger expression, and posttraumatic stress disorder among veterans in residential treatment. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 17(4), 439-452. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/10926770802473908>

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., y Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>

Pacella, M. L., Armelie, A. P., Boarts, J. M., Wagner, G. J., Jones, T., Feeny, N. C., y Delahanty, D. L. (2012). The impact of prolonged exposure on PTSD symptoms and associated psychopathology in people living with HIV: A randomized test of concept. *AIDS and Behavior*, 16(5), 1327-1340. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10461-011-0076-y>

Pat-Horenczyk, R., Peled, O., Miron, T., Brom, D., Villa, Y., y Chemtob, C. M. (2007). Risk-taking behaviors among israeli adolescents exposed to recurrent terrorism: Provoking danger under continuous threat? *The American Journal of Psychiatry*, 164(1), 66-72.

Paunovic, N., y Öst, L. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*, 39(10), 1183-1197. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00093-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00093-0)

Perconte, S. T., y Griger, M. L. (1991). Comparison of successful, unsuccessful, and relapsed vietnam veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(9), 558-562. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199109000-00007>

Person, C., Tracy, M., y Galea, S. (2006). Risk factors for depression after a disaster. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(9), 659-666.

Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., y Grant, B. F. (2011). Personality disorders associated with full and partial posttraumatic stress disorder in the U.S. population: Results from wave 2 of the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Psychiatric Research*, 45(5), 678-686.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.09.013>

Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., y Grant, B. F. (2012). Physical health conditions associated with posttraumatic stress disorder in U.S. older adults: Results from wave 2 of the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(2), 296-303.
doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03788.x>

Pitman, R. K., Orr, S. P., Forgue, D. F., Altman, B., De Jong, J. B., y Herz, L. R. (1990). Psychophysiologic responses to combat imagery of vietnam veterans with posttraumatic stress disorder versus other anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(1), 49-54. doi:<http://dx.doi.org/10.1037//0021-843X.99.1.49>

Power, K. G., McGoldrick, T., Brown, K. W., Buchanan, R., Sharp, D. M., Swanson, V., y Karatzias, A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9(5), 299-318. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/cpp.341>

Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., y Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 635-641. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.007>

Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., . . . Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), e1000121.

doi:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>

Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., . . . Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65-79.

Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R., . . . Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 174, 67-73.

Quirk, G. J., Garcia, R., y González-Lima, F. (2006). Prefrontal mechanisms in extinction of conditioned fear. *Biological Psychiatry*, 60(4), 337-343.

Rauch, S. A. M., Morales, K. H., Zubritsky, C., Knott, K., y Oslin, D. (2006). Posttraumatic stress, depression, and health among older adults in primary care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 14(4), 316-324.

Reguera, B., Mínguez, A., Barranco, A., Rubert, L., Calle, A., Rodríguez, A., Gutiérrez, S., Pascual, S., y Sanz, J. (2014). *La Lista de Verificación del Trastorno por Estrés Postraumático, versión civil (PCL-C): propiedades psicométricas de una versión española en víctimas de terrorismo*. Comunicación presentada en el X Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, 11-13 de septiembre, Valencia.

Reich, D. B., Winternitz, S., Hennen, J., Watts, T., y Stanculescu, C. (2004). A preliminary study of risperidone in the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood abuse in women. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(12), 1601-1606.

Resick, P. A., Galovski, T. E., O'Brien Uhlmansiek, M., Scher, C. D., Clum, G. A., y Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 243-258.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.243>

Resick, P. A., y Miller, M. W. (2009). Posttraumatic stress disorder: Anxiety or traumatic stress disorder? *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 384-390.
doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20437>

Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., y Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 867-879.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.4.867>

Resick, P. A., y Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual* Sage Publications.

Resick, P. A., Williams, L. F., Suvak, M. K., Monson, C. M., y Gradus, J. L. (2012). Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 201-210. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0026602>

Ressler, K. J., Rothbaum, B. O., Tannenbaum, L., Anderson, P., Graap, K., Zimand, E., . . . Davis, M. (2004). Cognitive enhancers as adjuncts to psychotherapy: Use of D-

cycloserine in phobic individuals to facilitate extinction of fear. *Archives of General Psychiatry*, 61(11), 1136-1144.

Richardson, J. D., Fikretoglu, D., Liu, A., y McIntosh, D. (2011). Aripiprazole augmentation in the treatment of military-related PTSD with major depression: A retrospective chart review. *BMC Psychiatry*, 11 doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-11-86>

Rielage, J. K., Hoyt, T., y Renshaw, K. D. (2010). Internalizing and externalizing personality styles and psychopathology in OEF-OIF veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 23(3), 350-357. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20528>

Riggs, D. S., Dancu, C. V., Gershuny, B. S., Greenberg, D., y Foa, E. B. (1992). Anger and post-traumatic stress disorder in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5(4), 613-625. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/BF00979229>

Riggs, D. S., Rothbaum, B. O., y Foa, E. B. (1995). A prospective examination of symptoms of posttraumatic stress disorder in victims of nonsexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(2), 201-214.
doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0886260595010002005>

Risse, S. C., Whitters, A., Burke, J., Chen, S., Scurfield, R. M., y Raskind, M. A. (1990). Severe withdrawal symptoms after discontinuation of alprazolam in eight patients with combat-induced posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 51(5), 206-209.

Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J. A., y Bisson, J. I. (2010). Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(3), Article CD007944.
doi:<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007944.pub2>

Rodríguez Uribes, J. M (2011). *Ayuda y asistencia integral a las víctimas del terrorismo*. Ponencia presentada en la International Conference on Victims of Terrorism, junio, San Sebastián, España.

Rose, S., Bisson, J., y Wessely, S. (2003). A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(4), 176-184. doi:<http://dx.doi.org/10.1159/000070781>

Rose, S., Brewin, C. R., Andrews, B., y Kirk, M. (1999). A randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychological Medicine*, 29(4), 793-799. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291799008624>

Rothbaum, B. O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(3), 317-334.

Rothbaum, B. O., Astin, M. C., y Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 607-616. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20069>

Rothbaum, B. O., y Foa, E. B. (1993). Subtypes of posttraumatic stress disorder and duration of symptoms. En J. R. T. Davidson, y E. B. (). Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond (1st ed.)* (pp. 23-35.) American Psychiatric Press.

Ruglass, L. M., Miele, G. M., Hien, D. A., Campbell, A. N. C., Hu, M., Caldeira, N., . . . Nunes, E. V. (2012). Helping alliance, retention, and treatment outcomes: A secondary analysis from the NIDA clinical trials network women and trauma study. *Substance use y Misuse*, 47(6), 695-707. doi:<http://dx.doi.org/10.3109/10826084.2012.659789>

Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Iruarizaga, I., Cano-Vindel, A., y Galea, S. (2011). Major depressive disorder following terrorist attacks: A systematic review of prevalence, course and correlates. *BMC Psychiatry*, 11 doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-11-96>

Sanz, J. (2013). 50 años de los inventarios de depresión de beck: Consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles Del Psicólogo*, 34(3), 161-168.

Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del inventario de ansiedad de beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S1130-5274\(14\)70025-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-5274(14)70025-8)

Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2012). *Propiedades psicométricas de una versión breve española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*. Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26, 167-180.

Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., y Fortún, M. (2005). *Desarrollo y propiedades psicométricas de una versión breve española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Comunicación presentada en el V Congreso Iberoamericano de Evaluación Psicológica, Buenos Aires (Argentina), 1-2 de julio de 2005.

Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., Stein, M. B., Belik, S., Meadows, G., y Asmundson, G. J. G. (2007). Combat and peacekeeping operations in relation to prevalence of mental disorders and perceived need for mental health care: Findings from a

462

large representative sample of military personnel. *Archives of General Psychiatry*, 64(7), 843-852.

Schauer, M., Neuner, F., y Elbert, T. (2005). *Narrative exposure therapy: A short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror, or torture* Hogrefe y Huber.

Scheck, M. M., Schaeffer, J. A., y Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 25-44.
doi:<http://dx.doi.org/10.1023/A:1024400931106>

Schmid, A. (2004). Terrorism- The definitional problem. *Case Western Reserve Journal of International Law*, 36 (2-3), 375-419

Schneier, F. R., Neria, Y., Pavlicova, M., Hembree, E., Sun, E. J., Amsel, L., y Marshall, R. D. (2012). Combined prolonged exposure therapy and paroxetine for PTSD related to the world trade center attack: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 169(1), 80-88.

Schnurr, P. P. (2007). The rocks and hard places in psychotherapy outcome research. *Journal of Traumatic Stress*, 20(5), 779-792.

Schnurr, P. P., Ford, J. D., Friedman, M. J., Green, B. L., Dain, B. J., y Sengupta, A. (2000). Predictors and outcomes of posttraumatic stress disorder in world war II veterans exposed to mustard gas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 258-268.

Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Chow, B. K., . . . Bernardy, N. C. (2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in

women: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 297(8), 820-830. doi:<http://dx.doi.org/10.1001/jama.297.8.820>

Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Foy, D. W., Shea, M. T., Hsieh, F. Y., Lavori, P. W., . . . Bernardy, N. C. (2003). Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(5), 481-489. doi:<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.60.5.481>

Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: the Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.

Sellbom, M., y Bagby, R. M. (2009). Identifying PTSD personality subtypes in a workplace trauma sample. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 471-475. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20452>

Selzer, M. L., Vinokur, A., y van Rooijen, L. (1975). A self-administered short michigan alcoholism screening test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol*, 36(1), 117-126.

Shadish, W. R., Navarro, A. M., Matt, G. E., y Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126(4), 512-529. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.126.4.512>

Shalev, A. Y., Ankri, Y. L. E., Israeli-Shalev, Y., Peleg, T., Adessky, R. S., y Freedman, S. A. (2012). Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: Results from the jerusalem trauma outreach and prevention study. *Archives of General Psychiatry*, 69(2), 166-176. doi:<http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.127>

Shalev, A. Y., Tuval-Mashiach, R., y Hadar, H. (2004). Posttraumatic stress disorder as a result of mass trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(Suppl1), 4-10.

Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York, NY, US: Guilford Press, New York, NY.

Sharot, T., Delgado, M. R., y Phelps, E. A. (2004). How emotion enhances the feeling of remembering. *Nature Neuroscience*, 7(12), 1376-1380.

Shear, K. M., Jackson, C. T., Essock, S. M., Donahue, S. A., y Felton, C. J. (2006). Screening for complicated grief among project liberty service recipients 18 months after september 11, 2001. *Psychiatric Services*, 57(9), 1291-7.

Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., . . . Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103-117. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/da.20780>

Sheehan D.V. *The anxiety disease*. New York: Scribner, 1983.

Shnaider, P., Vorstenbosch, V., Macdonald, A., Wells, S. Y., Monson, C. M., y Resick, P. A. (2014). Associations between functioning and PTSD symptom clusters in a dismantling trial of cognitive processing therapy in female interpersonal violence survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 27(5), 526-534. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.21954>

Sijbrandij, M., Olff, M., Reitsma, J. B., Carlier, I. V. E., De Vries, M. H., y Gersons, B. P. R. (2007). Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioral therapy: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 164(1), 82-90. doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.164.1.82>

Sijbrandij, M., Olff, M., Reitsma, J. B., Carlier, I. V. E., y Gersons, B. P. R. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189(8), 150-155.

doi:<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.105.021121>

Silverman, J. J., Peed, S. F., Goldberg, S., Hamer, R. M., y Stockman, S. J. (1985). Surgical staff recognition of psychopathology in trauma patients. *The Journal of Trauma*, 25(6), 544-546.

Smid, G. E., Mooren, T. T. M., van der Mast, R. C., Gersons, B. P. R., y Kleber, R. J. (2009). Delayed posttraumatic stress disorder: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(11), 1572-1582. doi:<http://dx.doi.org/10.4088/JCP.08r04484>

Solomon, Z. (1989). PTSD and social functioning. A three year prospective study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24(3), 127-133.

Solomon, Z., y Mikulincer, M. (2006). Trajectories of PTSD: A 20-year longitudinal study. *The American Journal of Psychiatry*, 163(4), 659-666.

Southwick, S. M., Yehuda, R., y Giller, E. L. (1993). Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(7), 1020-1023.

Spence, J., Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., Solley, K., Lorian, C., . . . Schwenke, G. (2011). Randomized controlled trial of internet-delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 28(7), 541-550.

doi:<http://dx.doi.org/10.1002/da.20835>

START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism) (2013). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2012*.

Recuperado el 08 de octubre de 2015:

<http://www.state.gov/documents/organization/210288.pdf>

START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism) (2014). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2013*.

Recuperado el 08 de octubre de 2015:

<http://www.state.gov/documents/organization/225043.pdf>

START (National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism) (2015). *Annex of statistical information. Country reports on terrorism 2014*.

Recuperado el 08 de octubre de 2015:

<http://www.state.gov/documents/organization/239628.pdf>

Stein, D. J., Ipser, J. C., y Seedat, S. (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD) (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006(1)
doi:<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002795.pub2>

Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., y Forde, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1114-1119.

Stein, N. R., Dickstein, B. D., Schuster, J., Litz, B. T., y Resick, P. A. (2012). Trajectories of response to treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 43(4), 790-800. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2012.04.003>

Steindl, S. R., Young, R. M., Creamer, M., y Crompton, D. (2003). Hazardous alcohol use and treatment outcome in male combat veterans with posttraumatic stress

disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 16(1), 27-34.

doi:<http://dx.doi.org/10.1023/A:1022055110238>

Stellman, J. M., Smith, R. P., Katz, C. L., Sharma, V., Charney, D. S., Herbert, R., . . . Southwick, S. (2008). Enduring mental health morbidity and social function impairment in world trade center rescue, recovery, and cleanup workers: The psychological dimension of an environmental health disaster. *Environmental Health Perspectives*, 116(9), 1248-1253. doi:<http://dx.doi.org/10.1289/ehp.11164>

Stewart, R. E., y Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 595-606.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0016032>

Stewart, S. H., Pihl, R. O., Conrod, P. J., y Dongier, M. (1998). Functional associations among trauma, PTSD, and substance-related disorders. *Addictive Behaviors*, 23(6), 797-812.

Street, A. E., y Arias, I. (2001). Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: Examining the roles of shame and guilt. *Violence and Victims*, 16(1), 65-78.

Surís, A., Link-Malcolm, J., Chard, K., Ahn, C., y North, C. (2013). A randomized clinical trial of cognitive processing therapy for veterans with PTSD related to military sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 26(1), 28-37.
doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.21765>

Taft, C. T., Kaloupek, D. G., Schumm, J. A., Marshall, A. D., Panuzio, J., King, D. W., y Keane, T. M. (2007). Posttraumatic stress disorder symptoms, physiological

reactivity, alcohol problems, and aggression among military veterans. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 498-507. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.498>

Taft, C. T., Street, A. E., Marshall, A. D., Dowdall, D. J., y Riggs, D. S. (2007). Posttraumatic stress disorder, anger, and partner abuse among vietnam combat veterans. *Journal of Family Psychology*, 21(2), 270-277. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.21.2.270>

Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E., y Barrowclough, C. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 13-18.

Tarrier, N., Sommerfield, C., Pilgrim, H., y Faragher, B. (2000). Factors associated with outcome of cognitive-behavioural treatment of chronic post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(2), 191-202. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00030-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00030-3)

Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., y Ogrodniczuk, J. S. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 330-338. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.330>

Thrasher, S., Power, M., Morant, N., Marks, I., y Dalgleish, T. (2010). Social support moderates outcomes in a randomized controlled trial of exposure therapy and (or) cognitive restructuring for chronic posttraumatic stress disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne De Psychiatrie*, 55(3), 187-190.

Tucker, P., Ruwe, W. D., Masters, B., Parker, D. E., Hossain, A., Trautman, R. P., y Wyatt, D. B. (2004). Neuroimmune and cortisol changes in selective serotonin reuptake

inhibitor and placebo treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 56(2), 121-128. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.03.009>

Tucker, P., Zaninelli, R., Yehuda, R., Ruggiero, L., Dillingham, K., y Pitts, C. D. (2001). Paroxetine in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder: Results of a placebo-controlled, flexible-dosage trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(11), 860-868.

van Dam, D., Vedel, E., Ehling, T., y Emmelkamp, P. M. G. (2012). Psychological treatments for concurrent posttraumatic stress disorder and substance use disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 32(3), 202-214. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.004>

van Emmerik, A. A. P., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., y Emmelkamp, P. M. G. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *The Lancet*, 360(9335), 766-71.

van der Kolk, B. A., Dreyfuss, D., Michaels, M., Shera, D., Berkowitz, R., Fisler, R., y Saxe, G. (1994). Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55(12), 517-522.

van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., y Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399.

van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., y Simpson, W. B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 37-46.

van Etten, M. L., y Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5(3), 126-144. doi:[http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199809\)5:33.0.CO;2-H](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199809)5:33.0.CO;2-H)

van Minnen, A., Arntz, A., y Keijsers, G. P. J. (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: Predictors of treatment outcome and dropout. *Behaviour Research and Therapy*, 40(4), 439-457. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00024-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00024-9)

van Zelst, W. H., de Beurs, E., Beekman, A. T. F., van Dyck, R., y Deeg, D. D. H. (2006). Well-being, physical functioning, and use of health services in the elderly with PTSD and subthreshold PTSD. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 180-188.

Vaughan, K., Armstrong, M. S., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W., y Tarrier, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25(4), 283-291. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0005-7916\(94\)90036-1](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7916(94)90036-1)

Vázquez, C., Hervás, G., y Pérez-Sales, P. (2008). Chronic thought suppression and posttraumatic symptoms: data from the Madrid March 11, 2004 terrorist attack. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1326-1336. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.01.014>

Vázquez, C., Pérez-Sales, P., y Matt, G. (2006). Post-traumatic stress reactions following the march 11, 2004 terrorist attacks in a Madrid community sample: a cautionary note about the measurement of psychological trauma. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 61-74.

Vera, M., Reyes-Rabanillo, M. L., Juarbe, D., Pérez-Pedrogo, C., Olmo, A., Kichic, R., y Chaplin, W. F. (2011). Prolonged exposure for the treatment of spanish-speaking

puerto ricans with posttraumatic stress disorder: a feasibility study. *BMC Research Notes*, 4, Article 415. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1756-0500-4-415>

Wachen, J. S., Jimenez, S., Smith, K., y Resick, P. A. (2014). Long-term functional outcomes of women receiving cognitive processing therapy and prolonged exposure. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(Suppl. 1), S58-S65. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0035741>

Weathers, F., W., L. B., Herman, D. S., Huska, J. A., y Keane, T. M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility. *9ª Conferencia Anual de la International Society for Traumatic Stress Studies*. San Antonio, Texas.

Weine, S., Kulauzovic, Y., Klebic, A., Besic, S., Mujagic, A., Muzurovic, J., . . . Rolland, J. (2008). Evaluating a multiple-family group access intervention for refugees with PTSD. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(2), 149-164. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00061.x>

Weissman, M. M., y Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33(9), 1111-1115.

Wessa, M., y Flor, H. (2007). Failure of extinction of fear responses in posttraumatic stress disorder: Evidence from second-order conditioning. *The American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1684-1692.

Whetsell, L. A., Patterson, C. M., Young, D. H., y Schiller, W. R. (1989). Preinjury psychopathology in trauma patients. *The Journal of Trauma*, 29(8), 1158-61; discussion 1161-2.

Wilson, S. A. (1995). *Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals* Available from PsycINFO. (618752049; 1995-95019-077).

Wilson, S. A., Becker, L. A., y Tinker, R. H. (1997). Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for posttraumatic stress disorder and psychological trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(6), 1047-1056. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.65.6.1047>

Wu, S., Zhu, X., Zhang, Y., Liang, J., Liu, X., Yang, Y., . . . Miao, D. (2012). A new psychological intervention: "512 psychological intervention model" used for military rescuers in wenchuan earthquake in china. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1111-1119. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00127-011-0416-2>

Yufik, T., y Simms, L. J. (2010). A meta-analytic investigation of the structure of posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 764-776. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0020981>

Zatzick, D. F., Kang, S. M., Kim, S. Y., Leigh, P., Kravitz, R., Drake, C., . . . Wisner, D. (2000). Patients with recognized psychiatric disorders in trauma surgery: Incidence, inpatient length of stay, and cost. *The Journal of Trauma*, 49(3), 487-495.

Zlotnick, C., Johnson, J. E., y Najavits, L. M. (2009). Randomized controlled pilot study of cognitive-behavioral therapy in a sample of incarcerated women with substance use disorder and PTSD. *Behavior Therapy*, 40(4), 325-336. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2008.09.004>

Zlotnick, C., Rodriguez, B. F., Weisberg, R. B., Bruce, S. E., Spencer, M. A., Culpepper, L., y Keller, M. B. (2004). Chronicity in posttraumatic stress disorder and

predictors of the course of posttraumatic stress disorder among primary care patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(2), 153-159.

Zohar, J., Amital, D., Miodownik, C., Kotler, M., Bleich, A., Lane, R. M., y Austin, C. (2002). Double-blind placebo-controlled pilot study of sertraline in military veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22(2), 190-195. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/00004714-200204000-00013>

Anexos

Anexo 1: *Checklist* del terapeuta (sesión 1)

HOJA DE EVALUACIÓN SESIÓN 1

Objetivos a conseguir en la sesión	Grado de abordaje (0- 10)	Grado de comprensión (0- 10)	Grado de asimilación (0- 10)	Grado de asimilación tras escuchar la grabación (0-10)	Observaciones
Conocer y manejar la grabadora (material necesario para el repaso en casa de la sesión)					
Repasar los objetivos de esta sesión para disminuir la incertidumbre y el estrés					
Informar sobre la evaluación que se ha realizado y los resultados					
Educar sobre qué significa vivir una situación de trauma y duelo					
Normalizar todas y cada una de las reacciones que garantizan la supervivencia en situaciones extremas					
Normalizar la necesidad de ayuda: cuando las reacciones se han cronificado e interfieren en el funcionamiento de la persona					
Identificar obstáculos: expresar los miedos y preocupaciones en torno al tratamiento (5 minutos)					
Identificar distorsiones cognitivas y promover cogniciones alternativas					
Asignar tareas para casa (5 minutos)					

Retraso (en minutos)	
Número de faltas a la sesión	
Número de sesiones dedicadas a la consecución de los objetivos de la sesión	
Tiempo en minutos dedicado a la sesión	

Número de veces que escucha la grabación	
Tiempo total en minutos de escucha de la grabación	
Porcentaje de realización de las tareas	

Fecha de la sesión: ____ / ____ / ____.

Anexo 2: Registro de escucha de grabación (sesión 1)

REGISTRO DE ESCUCHA SESIÓN 1: PSICOEDUCACIÓN

DÍA, HORA Y LUGAR	TIEMPO DE ESCUCHA en minutos	% grabación escuchado (a rellenar por el terapeuta)	¿QUE PIENSO?	¿QUE SIENTO? INTENSIDAD (0-10)	OBSERVACIONES
<i>Ejemplo: 5 de Julio. A las 12:00 en mi casa</i>	<i>25 minutos</i>	<i>%</i>	<i>Me pongo un poco nerviosa.. me cuesta escuchar mi voz...</i>	<i>Ansiedad (7) Tristeza (6) Alegría (4)</i>	<i>Pensé que iba a ser peor, pero estoy me ha venido muy bien escuchar la grabación...</i>

Anexo 3: Extracto de material de psicoeducación “Cómo superar las reacciones que se producen tras un atentado terrorista”
(sesión 1)

Imágenes cedidas por Pilar Casanueva, Paulina Díaz, Rocío Fausor, David Lozano y Amaya Rodríguez



Los afectados sufren una crisis personal caracterizada por trauma-duelo

Experiencia de amenaza
(trauma)



Numerosas pérdidas
(duelo)

Profª. María Paz García-Vera. Universidad Complutense Madrid



¿Qué significa vivir al tiempo trauma y duelo?



- Mayor dificultad porque las reacciones se potencian, se agravan y se interfieren en su recuperación:
 - El aislamiento depresivo interfiere con la necesaria exposición a los acontecimientos que generan ansiedad
 - El significado de la pérdida potencia la intensidad de los estímulos generadores de ansiedad y dificulta la exposición

Profª. María Paz García-Vera. Universidad Complutense Madrid

Activación excesiva, irritabilidad,
problemas para dormir



Para mantenernos alerta de posibles
peligros



Profª. María Paz García-Vera. Universidad Complutense Madrid

Evitar lugares, personas, sentir, pensar



Dosificar el sufrimiento y evitar peligros



Profª. María Paz García-Vera. Universidad Complutense Madrid

Profunda tristeza
y sufrimiento



Romper con lo anterior,
aceptar lo perdido y la
imposibilidad de
volver atrás para
adaptarse a la nueva
realidad

Profª. María Paz García-Vera. Universidad Complutense Madrid

Culpa de hacer, no hacer, no valer,
compartir ideas, sobrevivir, ser humano,
mejorar

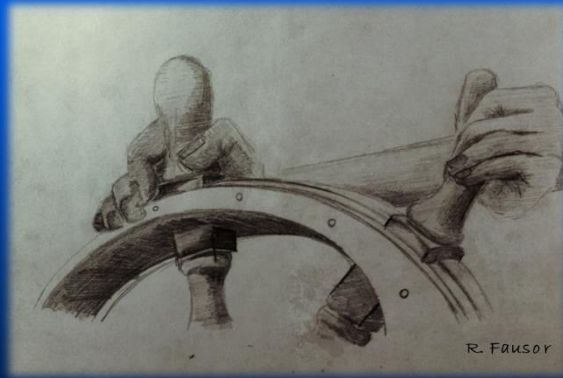


Mantener la sensación de control y una
lógica



Profª. María Paz García-Vera. Universidad Complutense Madrid

Desmoronamiento de nuestras creencias básicas (castigo)



Buscar
nuevos
referentes,
reformularlo
todo e
integrarlo

Profª. María Paz García-Vera. Universidad Complutense Madrid

Peligro: Estas reacciones pueden enquistarse y dejar de ser adaptativas



Profª. María Paz García-Vera. Universidad Complutense Madrid

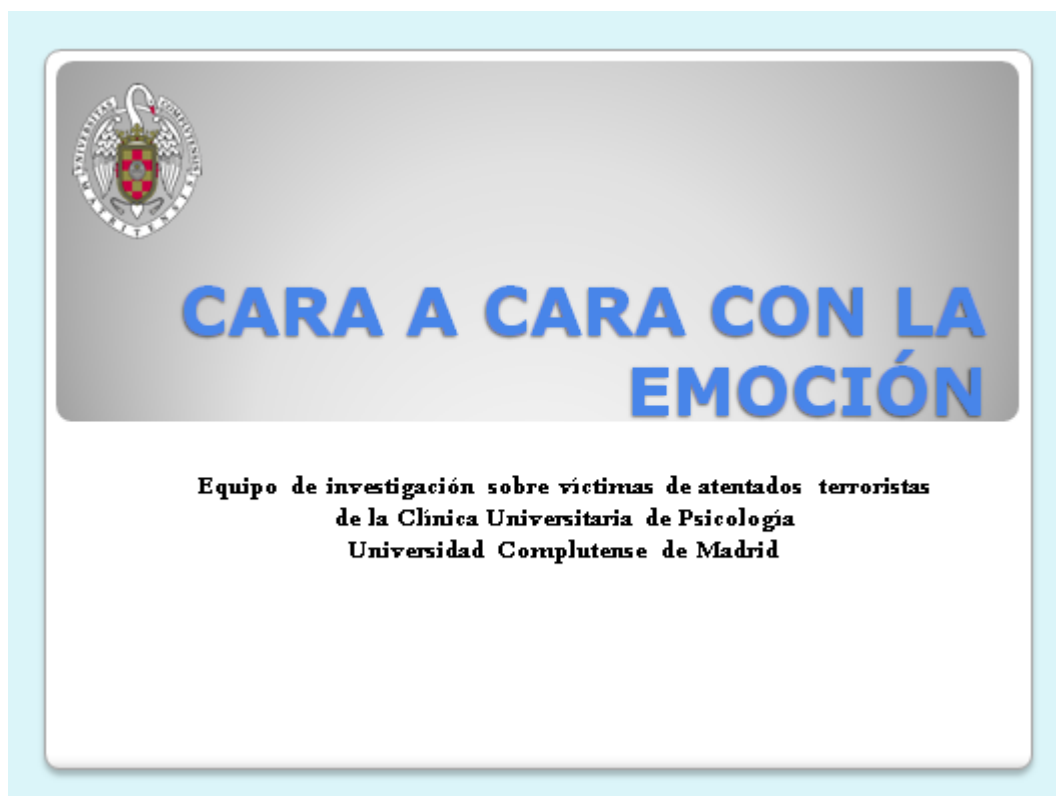


Equipo de investigación sobre víctimas de atentados terroristas
de la Clínica Universitaria de Psicología
Universidad Complutense de Madrid

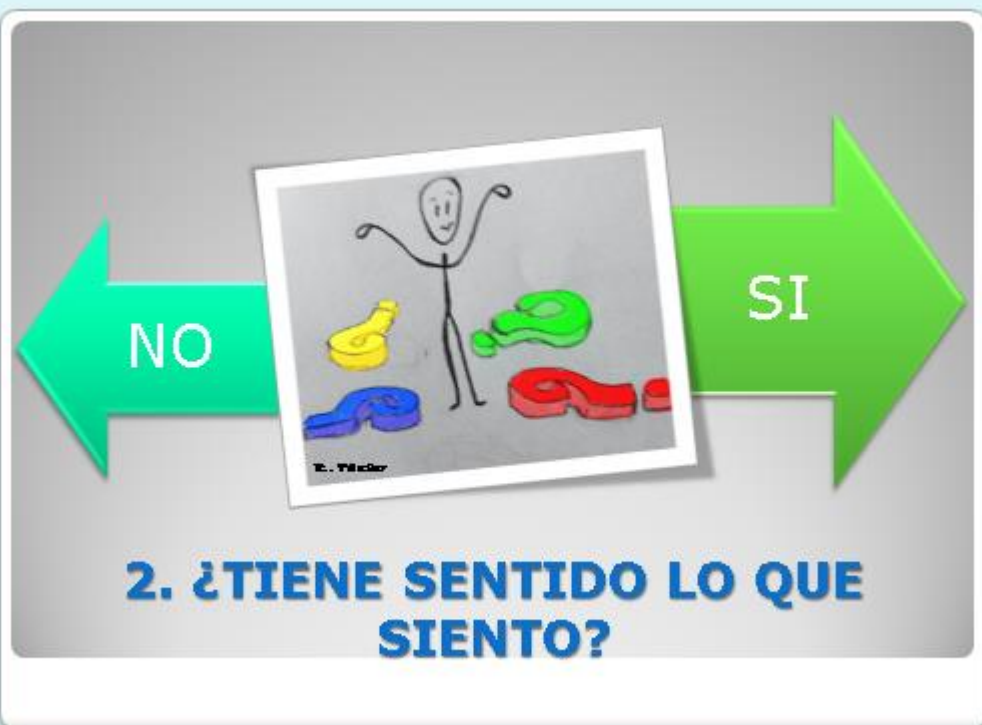
Prof^a. María Paz García-Vera. Universidad Complutense Madrid

Anexo 4: Extracto de material psicoeducación “Cara a cara con la emoción” (sesiones 5 y 6)

Imágenes cedidas por Rocío Fausor y David Lozano







SI

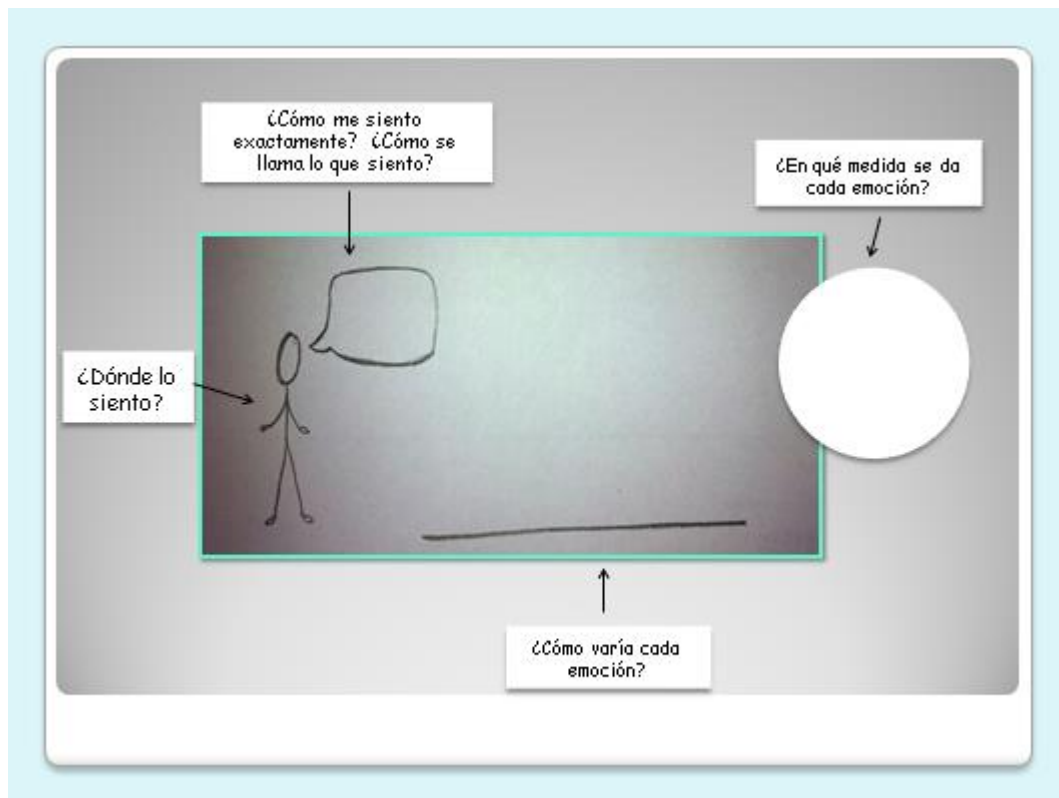
¿Cómo no voy
a estar...?



3. ACEPTACIÓN



4. CONTINUAR CON TU DÍA A DÍA



Anexo 5: Registro de exposición emocional

